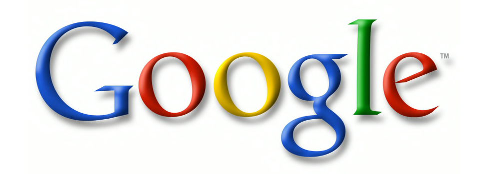
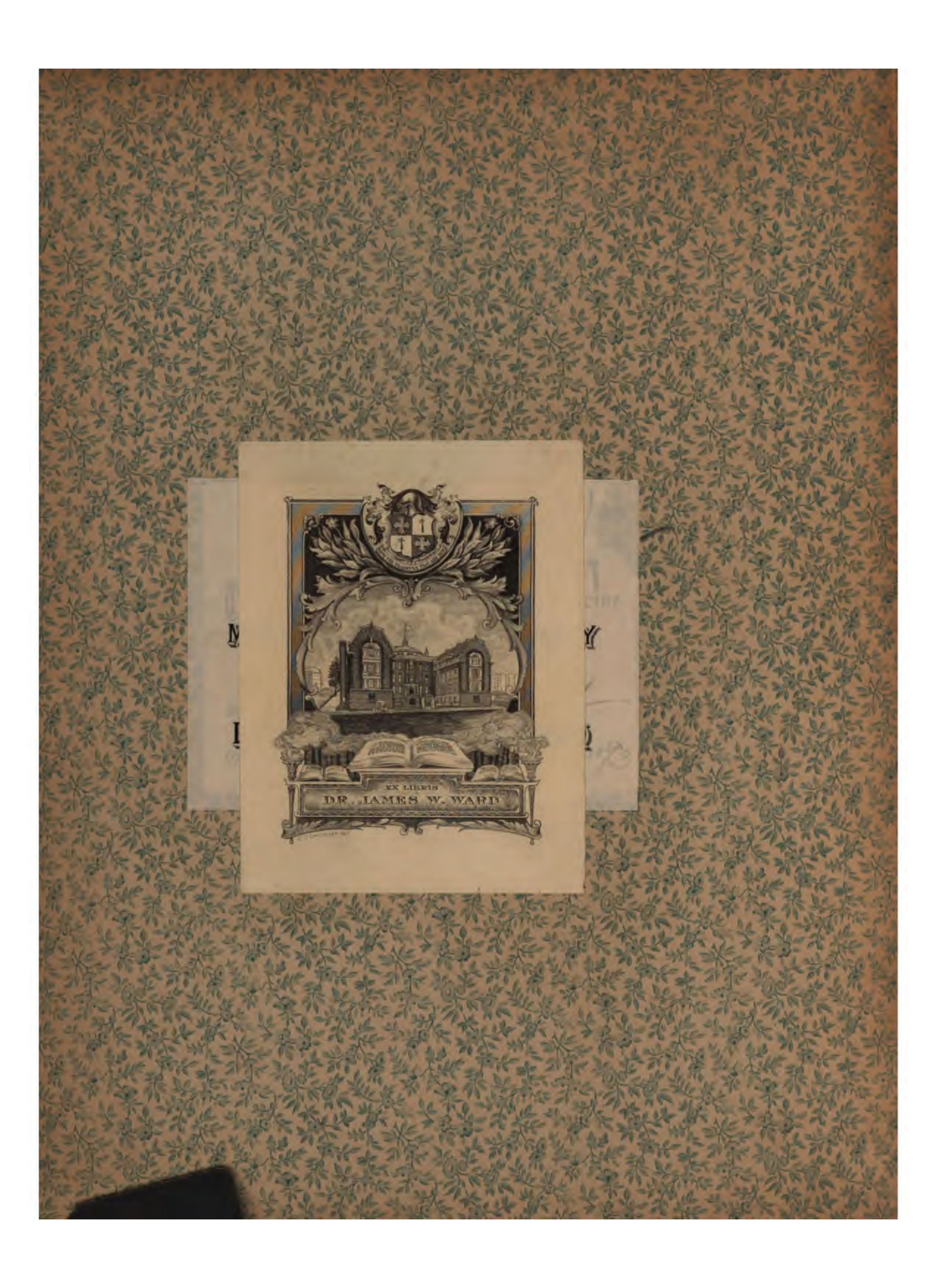

Google




EX LIBRIS
DR. JAMES W. WARD



FONCTIONNEMENT

DE LA

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

CLINIQUE DE LA FACULTÉ

DIRIGÉE PAR

Le Professeur Adolphe PINARD

ANNÉE 1892

Dr G. LEPAGE

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE
CHEF DE CLINIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FONCTIONNEMENT

DE LA

Paris

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

CLINIQUE DE LA FACULTÉ

DIRIGÉE PAR

Le Professeur Adolphe PINARD

ANNÉE 1892

Dr G. LEPAGE

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE
CHEF DE CLINIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FONCTIONNEMENT

DE LA

Paris

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

CLINIQUE DE LA FACULTÉ

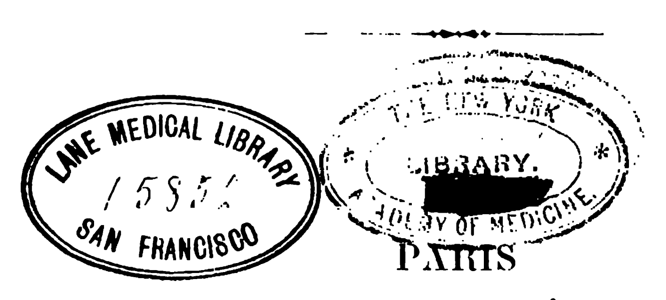
DIRIGÉE PAR

Le Professeur Adolphe PINARD

ANNÉE 1892

Dr G. LEPAGE

ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE
CHEF DE CLINIQUE



PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

TABLE DES MATIÈRES

FONCTIONNEMENT

DE LA

MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE

ANNÉE 1892

PRÉAM ULE

Ce travail est le compte rendu annuel des accouchements qui ont eu lieu pendant l'année 1892 à la clinique Baudelocque.

Les détails, que nous avons donnés dans les deux statistiques (1889-1890 et 1891) publiées antérieurement, nous dispensent de rappeler l'organisation du service au double point de vue des soins divers donnés aux femmes et de l'enseignement pratique destiné aux stagiaires.

Malgré le nombre de ces derniers et surtout malgré l'arrivée de nouveaux élèves qui a lieu chaque quinzaine, nous n'avons point observé d'accident infectieux causé par un défaut d'asepsie ; il est vrai qu'au fur et à mesure que les méthodes antiseptiques deviennent d'usage de plus en plus courant dans les services de médecine et de chirurgie, les étudiants qui sont à la veille de terminer leurs études médicales sont pour la plupart habitués aux précautions à prendre ; presque tous sont en tout cas convaincus de la nécessité impérieuse d'une désinfection minutieuse, lorsqu'on examine une femme enceinte ou qu'on assiste une femme en travail.

Par précaution, une surveillance très minutieuse est exercée sur la manière dont les élèves se désinfectent les mains avant d'examiner les femmes.

Il n'y a guère eu pendant l'année 1892, dans l'enseignement donné aux élèves qu'un petit perfectionnement que M. Pinard désirait depuis longtemps réaliser. Chaque

jeudi, les vaccinations sont pratiquées sur les nouveau-nés du service par les stagiaires, sous la direction de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard. De cette manière tous les élèves ayant été attachés au service auront au moins pratiqué plusieurs vaccinations et auront pu suivre l'évolution normale de la vaccine.

Voici par mois la liste des stagiaires pendant l'année 1892 :

STAGIAIRES PENDANT L'ANNÉE 1892

16 *décembre* 1891 — 15 *janvier* 1892. — MM. Gerson, Godet, Heim, Jullien, Juvaux, Mirkovitch, Rousseau-Dumarcet, Critzman.

1er *janvier* — 1er *février*. — MM. Chabory, Hamaide, Rocquet, Weissman, Collinet.

16 *janvier* — 15 *février*. — MM. Leredde, Pillaud, Planton, Vienne, Halipré, Morax, Nicolle, Sorel, Azalbert.

1er *février* — 1er *mars*. — MM. Beaumé, Bourbon, Brion, Carré, Dardel, Josseau, Lavocat, Miquel, Rahon, Ravé, Auscher, d'Hatman de Villiers.

16 *février* — 15 *mars*. — MM. Bompart, Brisson, Chérot, Grajon, Malaval, Adler, Jacquinet, Lenormand, Maurel, Roques de Fursac.

1er *mars* — 1er *avril*. — MM. Brin, Chancerel, Contrest, Deperet-Muset, Haury, Lebon, Leroy Albert, Lully, Rieunier, Roullet, Saucier, Boulanger, Lévy Jacques.

16 *mars* — 16 *avril*. — MM. Albert, Bridier, Bromane, Charrade, Decourt, Duloroy, Fischer, Giraud, Péchaud, Vandæle, Vivier.

1er *avril* — 1er *mai*. — MM. Bridier, Brin, Chatenet, Funnusiann, Le Branchu, Sauvez, Vallais, Warde, Legrand, Rochon-Duvigneaud.

16 *avril* — 15 *mai*. — MM. Binet, Cantillo, Deschamps, Ducellier, Héan, Monteiro, Mosgofian, Nanard, Nathanson, Pecker, Prat, Rnéda, Stojanovitch, Zègre.

1er *mai* — 1er *juin*. — MM. Druet, Goueland, Grégoire, Huguenin, Marty; Mlle Litaner; MM. Mennessier, Mergier, Ortiz, Pailloz, Richard Gaston.

16 *mai* — 15 *juin*. — MM. Abramovitch, Corny; Mlle Fajnkind; MM. Gallard, Ganéa, Guillemet, Janlin, Joffrion, Lefèvre Henri, Leter, Luez, Mallet, Malley Louis, Montier, Pailloz, Artault, Godet, Landowski, Launay, Maupaté.

1er *juin* — 1er *juillet*. — MM. Godillon, Bacque, Marot, Lévy, Villequez, Pertat, Demirleau, Henry, Mermillod, Dorion, Druet, Flandre, Codet, Maupaté, Arthaud.

16 *juin* — 15 *juillet*. — Mauclair, Nanu, Renaud, Rosal, Staïcovici, van Peteghem, Chapt, Haury, Zuber.

1er *juillet* — 1er *août*. — Mlle Biclovussoff; MM. Decornet, Dunoyer, Guilleminot, Himely, Perret, Vanderhagen, Yvinec, Fauchon-Villeplet, Laroussinie, Sourdille.

16 *juillet* — 15 *août*. — M. Le Roux.

1er *août* — 1er *septembre*. — MM. Delaunay, Mercier, Pékle, Watteau, Thérault, Krouchkoll.

16 *août* — 15 *septembre*. — MM. Corbière, Gigon, Leterrier, Stamatoff.

1er *septembre* — 1er *octobre*. — MM. Derrien, Le Conte; Mlle Leder, Mme Scherr.

16 *septembre* — 15 *octobre*. — MM. Cousin, Pompidor, Orlanduco, Godillon, Gravier, Loche.

1er *octobre* — 1er *novembre*. — MM. Guérineau, Demetriades, Croustel, Lemelletier, Lefebvre, Chasserant, Belohous, Bihorel, Rouju, Larsonneur, Fleury, Violet, Bois, Sottas.

16 *octobre* — 15 *novembre*. — MM. Bouteil, Couette, Galériu, Grandon, Luys Henri, Marinco, Reiss, Riou, Thomas Louis, Mory, Mahieu.

1er *novembre* — 1er *décembre*. — MM. Bastide, Bouquet, Brahier ; Mlle Bychoffsky ; MM. Daum, de Mello Vianna, Marcopoulos, Martin Achille, Ménard, Pezet.

16 *novembre* — 15 *décembre*. — MM. Berthelin, Meunier Jules, Longuet, Ninaud.
1er *décembre* — 1er *janvier* 1893. — Camescasse, Goldenberg, Hugonnet, Kaminer, Ladvie; Mlle Lapina; MM. Martin Henri, Redouté, Thomas Joseph.

Voici, par mois, le nombre de stagiaires ayant suivi le service pendant l'année 1892.

		A reporter.....	135
Janvier..................	13	Juillet....................	20
Février..................	21	Août......................	7
Mars.....................	24	Septembre...............	8
Avril.....................	21	Octobre..................	20
Mai.......................	25	Novembre................	21
Juin......................	31	Décembre................	13
Report........	135	TOTAL.........	224

Dans ce nombre de 224 élèves ayant fait leur stage, ne sont point compris les élèves bénévoles, les docteurs français ou étrangers qui sont également mis en série et pratiquent les accouchements, autant que le permettent les nécessités du service. De plus un certain nombre de stagiaires restent dans le service ou y reviennent pour parfaire leurs connaissances obstétricales.

Le plan suivi pour le dépouillement et le classement des observations de l'année 1892 est à peu près le même que celui que nous avons adopté pour l'année 1891. Il nous a paru utile d'établir les subdivisions suivantes :

1° Femmes qui ont avorté :

2° Femmes ayant le bassin *normal* et ayant accouché spontanément d'enfants se présentant par le *sommet*; ces femmes sont séparées en primipares et multipares.

3° Femmes ayant le bassin *vicié* et ayant accouché spontanément d'enfants se présentant par le sommet.

4° Femmes chez lesquelles le fœtus s'est présenté par la face.

5° — — — par le siège.

6° — — — par l'épaule.

7° Femmes chez lesquelles on a dû terminer l'accouchement par une application de forceps.

8° Femmes chez lesquelles on a provoqué l'accouchement.

9° Femmes chez lesquelles on a fait une symphyséotomie.

10° Femmes chez lesquelles on a pratiqué une basiotripsie.

11° Femmes chez lesquelles on a pratiqué une embryotomie.

12° Femmes chez lesquelles on a fait une version par manœuvres internes.

13° Femmes chez lesquelles le fœtus était mort pendant la grossesse.

14° Femmes chez lesquelles la grossesse était multiple.

15° Femmes dont le fœtus présentait des monstruosités.

Pour la commodité de la lecture, nous avons fait des tableaux dans lesquels se trouvent résumées les principales observations.

L'année 1892 a été marquée à la Clinique Baudelocque par un événement important, la rénovation de la symphyséotomie : dans sa leçon du 7 décembre 1891, M. Pinard avait fait savoir pour quelles raisons il était décidé à recourir à la *symphyséotomie* dans les cas de rétrécissement du bassin où il était impossible d'extraire un fœtus vivant; c'est le 4 février qu'il a pratiqué cette opération et, dans une leçon publiée le 7 décembre 1892, il a fait connaître les résultats qu'il avait obtenus de cette opération pendant l'année 1892.

C'est également pendant cette année 1892, le 9 novembre, que M. Pinard a pratiqué, pour la première fois, l'*ischio-pubiotomie* ou opération de Farabeuf, chez une femme ayant un bassin oblique ovalaire de Nægele.

Nous devons rappeler ici que c'est grâce à la collaboration du personnel officiel du service, des chefs de clinique : M. Varnier, du 1er janvier au 1er novembre, et M. Lepage, du 1er novembre au 31 décembre; des répétiteurs MM. Potocki, Wallich, Bouffe de Saint-Blaise, que toutes les observations sont prises en détail; nous devons remercier tout particulièrement Mlle Roze, sage-femme en chef, qui s'occupe si activement du bon fonctionnement du service, et Mlles Dubuisson et Villeneuve, sages-femmes adjointes, dont la collaboration nous a été précieuse pour le dépouillement des observations.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

AVORTEMENTS

43 femmes sont entrées dans le service pour avortement ; 12 étaient enceintes pour la première fois, 31 étaient multipares.

Parmi les primipares, deux femmes, ayant fait leur avortement en ville (**1033** et **1247**), sont mortes d'infection (voyez observ. pages **94** et **95**). Chez quatre autres femmes, la température a dépassé 39°.

Aucune des multipares n'est morte : chez 23, la température n'a pas dépassé 38° ; 3 ont eu une élévation de température entre 38° et 39° ; 5 ont eu des élévations de température ayant dépassé 39°.

La plupart de ces 43 observations (tableau I) sont déjà rapportées dans la thèse du Dr Brion (*Étude critique sur* 530 *cas d'avortement*, Paris, 1892) : en recherchant les causes qui produisent le plus habituellement l'avortement, on trouve que ce sont la syphilis, l'albuminurie et l'insertion vicieuse du placenta. Il est une cause qui agit fréquemment, c'est la provocation criminelle de l'avortement : c'est en même temps une cause de mortalité (les deux décès 1033 et 1247 en sont les tristes preuves) ou tout au moins de morbidité.

TABLEAU 1.

Numéro d'ordre	Terme	Parité: 1 pare	Parité: M pare	Accouchements antérieurs	Durée du travail	Rupture des membranes	Hémorrhagie avant l'avortement	Avortements: 1 temps	Avortements: 2 temps	Pr… Sommet
52	5 m.	..	3	2 à terme.	3 h. 30	....	......	...	1	..
99	4 m. 1/2	...	7	5 à t., 1 à 3 mois.	7 h. 10	....	......	...	1	..
100	2 m. 1/2	...	9	7 à t., 1 a 5 mois.	....	....	1	...	1	..
194	3 m.	1	...	....	?	Prémat.	1	...	1	..
210	5 m.	...	2	1 à 4 mois.	24 h.	....	......	...		..
219	6 m. 1/2	...	6	4 avort., 1 acc. à terme.	7 h.	Prémat.	......	1	1	..
223	3 m. 1/2	1	...	....	?	....	1	. .	1	..
247	5 m.	...	7	1 à t., 5 prémat.	5 h. 30	Art. déb. tr.	1	...	1	
332	5 m. 1/2	...	7	3 à t., 3 f. couch.	10 h. 50	Prémat.	......	...	1	
408	3 m. 1/2	...	2	1 à terme.	?	....	......	...	1	.
419	3 m. 1/2	...	3	1 à t., 1 f. couch.	11 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	
443	5 m.	...	2	1 à terme.	?	....	1	...	1	
526	5 m. 1/2	...	2	1 à 6 mois.	11 h.	....	......	...	1	.
537	6 m.	1	...	....	19 h.	Art. à D.C.	......	...	1	
580	5 m.	..	2	1 à 6 mois.	39 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	
588	6 m.	...	4	1 à t., 1 p., 1 à 4 m.	9 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	
452	2 m. 1/2	...	7	6 acc. prématurés.	?	....	1	...	1	
602	5 m.	1	...	....	8 h.	Prémat.	1	...	1	
624	3 m. 1/2	1	...	....	24 h.	....	1	1	...	
694	6 m. 1/2	..	2	1 à terme.	?	....	1	...	1	
697	5 m.	1	...	....	10 h.	Art. à D.C.	1	...	1	
700	4 m. 1/2	...	5	4 fausses couches.	?	....	......	...	1	
797	6 m. 1/2	...	3	2 fausses couches.	4 h. 50	....	......	...	1	
888	5 m. 1/2	...	3	1 à t., 1 f. couche.	12 h.	....	......	...	1	
1019	4 m.	1	...	....	53 h. 45	Sp. à D.C.	......	...	1	
1033	3 m.	1	...	....	?	....	......	...	1	
1056	4 m. 1/2	. .	6	4 à t., 1 à 3 mois.	?	Prémat.	......	...	1	
1302	2 m. 1/2	...	2	1 à terme.	?	....	......	...	1	.
1314	5 m.	...	6	2 à 1., 3 f. couch.	9 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	
1336	4 m. 1/2	...	2	1 à terme.	9 h. 20	Sp. à D.C.	1	...	1	
1337	4 m. 1/2	1	...	....	....	Prémat.	......	...	1	.
1368	4 m.	1	...	....	75 h.	Prémat.	......	...	1	.
1215	4 m.	...	2	1 à terme.	45 h.	Prémat.	1	...	1	
1247	2 m. 1/2	1	...	....	....	....	......	...	1	.
1282	3 m.	...	6	4 à t., 1 f. couch.	?	....	1	...	1	.
1557	5 m. 1/2	...	7	6 à terme.	23 h.	Prémat.	......	...	1	.
1600	6 m.	...	3	1 prémat., 1 à terme.	5 h.	Art. à D.C.	1	...	1	
1630	4 m. 1/2	1	...	....	5 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	
1655	6 m.	...	2	1 à terme.	4 h.	Sp. à D.C.	......	...	1	.
1666	6 m. 1/2	...	2	1 à terme.	?	....	......	...	...	.
1734	5 m.	...	8	1 à t., 6 prématurés.	6 h.	Art. déb. tr.	......	...	1	
1788	4 m. 1/2	...	4	2 à t., 1 f. couch.	5 h.	Sp. déb. tr.	1	...	1	.
1829	5 m. 1/2	...	2	1 à terme.	8 h.	Sp. dil. c.	1	...	1	.

ants.

de l'enf.		Poids du placenta	Poids de l'enfant	Délivrance		Rétention	Suites de couc.		Mortalité	Causes de l'avortement	Observations
Mort et macéré	Mort pendant le travail			Naturelle	Artificielle		Normales	Pathologiq.			
..	...	300 gr.	440 gr.	1 h.	......	Memb.	...	1	...	....	
1	...	180	280	20'	......	....	1	...	...	....	Irrigat. continue.
1	...	......	....	34 h.	......	34 h.	1	...	...	....	Inj. intra-utér.
..	1	160	110	1 h.	......	54 h.	1	...	...	Albuminurie.	Inj. intra-utér.
1	...	......	600	.....	......	....	1	...	...	....	Œuf entier.
..	1	300	1100	15'	......	....	1	...	...	Syphilis. Hydram.	Ball. Champ. Vers. int.
..	...	......	....	......	1	96 h.	...	1	...	Chute.	A. f. en v. Ir. con.
1	...	230	520	15'	......	....	1	...	...	Albuminurie.	Inj. int.-ut. Utér. lig.
.	1	180	580	2 h.	......	....	...	1	...	....	
..	...	20	....	1 h.	.....	....	1	...	...	....	Avort. f. en ville.
1	...	120	160	1 h.	......	3 j.	...	1	...	....	
...	...	520	450	20'	.....	Memb.	1	...	...	Albuminurie.	
...	1	340	970	5'	.....	....	1	...	...	Syphilis.	Inj. intra-utér.
...	...	270	820	30'	......	....	1	...	...	Albuminurie?	
...	...	200	340	5'	......	....	1	...	...	Albuminurie?	
1	...	220	630	......	1	46 h.	...	1	...	....	Ir. cont. (Pat. dif.)
...	...	30	?	36 h.	......	36 h.	...	1	...	....	A. f. en v. Inj. int.-ut.
...	...	260	730	4 h.	......	....	1	...	...	....	
...	...	......	425	......	......	....	1	...	...	....	Œuf entier.
...	...	480	1400	1 h. 10	......	Memb.	1	...	...	Albuminurie?	
...	...	300	950	40'	......	....	1	...	...	Insertion vicieuse.	
1	...	147	400	2 h.	......	Memb.	1	...	...	Insert. vic. Syphilis.	Inj. intra-utér.
1	..	380	....	......	4 h.	....	1	...	...	Syphilis.	
...	...	280	900	35'	......	....	1	...	...	Syphilis.	Inj. intra-utér.
1	...	130	230	1 h. 40	......	....	1	...	...	Insertion vicieuse 4/19.	
...	...	120	?	......	66 h.	66 h.	...	1	1	....	Av. f. en v. Irrig.
1	...	210	330	5 h.	......	Memb.	1	...	...	....	Bal. Tarnier et Chr.
...	...	30	....	......	1	5 j.	...	1	...	....	Av. f. en v. Irrig.
...	...	300	500	20'	......	....	1	...	...	Insert. vic. 0/23. Chute.	
...	...	140	370	35'	......	....	1	...	...	....	
...	...	370	380	1 h.	......	Placent.	...	1	...	....	Irrigation.
1	...	60	120	......	1	....	...	1	...	....	
...	...	120	220	......	4 h.	....	1	...	...	....	
...	...	25	....	......	1	3 j.	...	1	1	....	Avort. f. en ville.
...	...	......	....	......	1	3 j.	...	1	...	....	Avort. f. en ville.
...	...	290	880	40'	......	....	1	...	...	Insert. vic. 2/16.	Inj. intra-utér.
...	...	380	1380	30'	......	....	1	...	...	Syphilis?	
...	...	170	320	1 h. 30	......	....	1	...	...	Albuminurie.	Inj. intra-utér.
1	...	220	730	1 h.	......	Memb. 4 j.	1	...	...	?	Inj. intra-utér.
1	...	......	1400	......	......	....	...	...	...	Syphilis.	Avort. f. en ville.
...	...	......	330	15'	......	....	1	...	...	Hém rétro-placent.	Album. Gross. gémell.
...	...	200	390	35'	......	....	...	1	..	....	Ir. cont. Hémat. suppurée.
...	...	520	980	7'	......	....	1	...	..	Tuberculose pulm.	

2

DEUXIÈME PARTIE

ACCOUCHEMENTS

CHAPITRE I

PRÉSENTATIONS DU SOMMET

ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS

Les femmes qui accouchent spontanément d'enfants se présentant par le sommet doivent être séparées en : *A*. Femmes ayant le bassin normal ; *B*. Femmes ayant le bassin rétréci :

A. *Femmes à bassin normal.* — Pour établir cette statistique, nous avons suivi la même méthode que pour l'année 1891, particulièrement pour déterminer l'âge de la grossesse. Nous avons eu soin également de distinguer les *primipares* des *multipares*.

Le tableau 2 indique le nombre de femmes suivant : 1° qu'elles sont entrées enceintes, en travail ou accouchées ; 2° suivant qu'au moment de leur accouchement elles étaient enceintes de 6 à 7 mois, de 7 à 8 mois, de 8 à 9 mois ou à terme.

Le tableau 3 indique quelle était l'attitude du fœtus au moment où la femme est entrée à la salle de travail. Lorsque les femmes arrivent alors que la rotation est faite, on ne cherche pas à faire le diagnostic rétrospectif de la position droite ou gauche ; on se contente de la marquer aux positions directes antérieures (O.P.).

TABLEAU 2.

	Primipares	Multipares
Femmes ayant le bassin normal et accouchant spontanément d'enfants se présentant par le sommet	691	777
Entrées pendant la grossesse	55	130
Entrées pendant le travail	631	638
Entrées accouchées	5	9
Enceintes de 6 à 7 mois	3	1
Enceintes de 7 à 8 mois	34	24
Enceintes de 8 à 9 mois	285	255
A terme	368	407

TABLEAU 3. — Présentations et positions.

Position	Primipares	Multipares
O. I. G. A.	347	340
O. I. G. T.	60	79
O. I. G. P.	47	38
O. I. D. A.	20	21
O. I. D. T.	57	88
O. I. D. P.	133	167
O. P.	13	44
Inconnue	3	0

Chez 1 primipare la tête s'est dégagée en O.S., tandis que le même fait s'est pro-duit chez 7 multipares dont voici les observations résumées :

SEPT CAS DE DÉGAGEMENT EN OCCIPITO-SACRÉE :

610. — Xpare. — Sommet, G.T. Durée totale du travail, 5 h. 5. Durée de l'expulsion, [illegible] min. Poids de l'enfant, 3,630 gr. Poids du placenta, 700 gr. Membranes, 31/6.

1008. — IIIpare. — Sommet, D.P. Travail, 1 heure. Expulsion (?). Enfant, 2,650 gr. Placenta, 530 gr. Membranes, 30/10.

1451. — IIpare. — Sommet, D.P. Travail, 8 h. 30. Expulsion, 30 min. Enfant, 2,7[illegible] gr. Placenta, 710 gr. Membranes, 31/10.

1471. — VIIpare. — Sommet, D.P. Travail, 8 h. 10. Expulsion, 10 min. Enfant, [illegible] gr. Placenta, 450 gr. Membranes, 26/10.

1542. — IIpare. — Sommet, D.P. Travail, 9 h. 30. Expulsion, 10 min. Enfant, [illegible] gr. Placenta, 480 gr.

1714. — IIIpare. — Sommet, G.P. Travail, 14 heures. Expulsion, 25 min. Enfant, [illegible] Placenta, 560 gr. Membranes, 28/4.

1720. — IIpare. — Sommet, G.P. Travail, 10 h. 35. Expulsion, 5 min. Enfant, [illegible] gr. Placenta, 640 gr. Membranes, 25/3.

Les 777 multipares se divisent en :

422 accouchant pour la seconde fois
164 — — troisième fois
71 — — quatrième fois
45 — — cinquième fois
75 ayant eu déjà cinq enfants et plus

Le tableau 4 indique en heures la durée totale du travail [illegible]

TABLEAU 4.

	DURÉE TOTALE DU TRAVAIL [illegible]											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	[illegible]
Primipares	1	0	11	19	34	30	32	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Multipares	13	33	50	68	84	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Causes de la mort
[illegible]pression du cordon. Rupture prématurée des membranes.
?
[illegible]sertion vicieuse du placenta, avec hémorrhagie grave. Procidence du cordon.
Mensuration des mem[illegible]nes : 0/24. Pro[illegible] du cordon. [illegible]rrhagies mul-

Le tableau 5 indique la durée de la période d'expulsion ainsi que le moment où s'est faite la rupture des membranes. Nous avons pris soin d'indiquer le nombre de cas où la rupture de la poche a été faite artificiellement, soit au cours du travail, soit à la dilatation complète.

Pour les raisons que nous avons données l'année dernière, c'est-à-dire la difficulté de préciser ce qu'il convient d'entendre par hydramnios, déchirure plus ou moins étendue du périnée, nous n'avons pas relevé ces faits.

TABLEAU 5.

	DURÉE DE LA PÉRIODE D'EXPULSION													RUPTURE DES MEMBRANES				
	1/4	1/2	3/4	1	1 1/4	1 1/2	1 3/4	2	2 1/4	2 1/2	2 3/4	3	Au delà de 3 heures	Prématurée	Hâtive	Artificielle au cours du travail	Dilatation complète — Spontanée	Dilatation complète — Artificielle.
Primipares.....	138	152	74	79	48	38	21	27	16	18	8	15	8	43	119	28	227	233
Multipares......	481	156	40	22	15	6	5	4	4	1	0	2	2	64	106	29	275	258

DÉLIVRANCE

La méthode de délivrance usitée dans le service est toujours la même : l'élève, qui est chargé de ce second temps de l'accouchement, mesure de cinq en cinq minutes la hauteur du fond de l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne, de manière à ce que le mouvement ascensionnel de l'utérus soit très bien surveillé.

A moins d'incident, ou à moins que l'expulsion spontanée du placenta ne survienne, le toucher n'est pratiqué qu'une demi-heure après l'accouchement ; c'est à partir de ce moment et *seulement lorsque le doigt arrive sur l'insertion du cordon sur le placenta* que des tractions sont exercées avec une main en même temps que l'autre main appuie sur l'utérus pour corriger l'antéversion physiologique.

Le placenta est ensuite examiné avec soin et pesé, en même temps que les membranes sont mesurées.

Le tableau 6 indique la fréquence des différentes présentations du placenta, la durée de la période de délivrance et le mode de délivrance.

Nous verrons ultérieurement (p. 73) les 12 cas dans lesquels on a dû recourir à la délivrance artificielle.

Le même tableau indique la morbidité des femmes; quant à la mortalité, deux primipares et une multipare ont succombé (voy. observ. pages 95 et suivantes).

TABLEAU 6.

	Présentation du placenta			Durée de la délivrance						Délivrance			Température					Fœtus		Morts	
	Face fœtale	Face utérine	Bord.	10'	20'	30'	40'	1 h.	Au delà d'une heure.	Spontanée	Naturelle	Artificielle	Au-dessous de 38°	38° à 39°	39° à 39°,5	39°,5 à 40°	Au-dessus de 40°	Nés vivants	Sortis vivants	Pendant le travail	Après la naissance
Primipares.........	568	37	72	50	56	286	168	77	29	148	527	5	586	60	23	13	9	689	677	2	12
Multipares.........	616	35	93	132	65	259	191	95	29	233	535	9	702	46	19	8	2	775	754	2	21

FŒTUS

Sur les 691 enfants des primipares, deux seulement ont succombé pendant le travail ; il en est de même pour les multipares.

Le tableau 7 résume les observations de ces quatre enfants qui ont succombé au cours du travail ; il va de soi que pour être intégrale, la statistique doit comprendre les enfants qui ont été extraits morts avec le forceps appliqué chez des femmes ayant le bassin normal (voir pages 40 et suivantes).

Quant aux enfants morts après la naissance, on trouve 12 enfants de primipares et 21 enfants de multipares (voy. tableaux 8 et 9).

TABLEAU 7. **Enfants morts pendant le travail**

	N° de l'acc.	Parité.	Age.	Dernières règles.	Date de l'accouch.	Présentation et position	Durée du travail	Rupture des membranes	Liquide amniotique	Durée de l'expulsion	Suites de couches	Poids du fœtus	Poids du placenta	Causes de la mort
Primipares.	599	1	28 ans.	31 juil. (?)	1er mai.	G.A.	4 h. 45	?	Vert	5 m.	N.	3260 gr.	420 gr.	Compression du cordon. Rupture prématurée des membranes.
	1142	1	28 ans.	25 nov.	8 août.	G.A.	7 h. 15	Précoce.	?	15 m.	N.	3050	450	?
Multipares.	134	7	?	5 juin	31 janv.	?	6 h.	Prémat.	N.	rap.	P.	2200 gr.	410	Insertion vicieuse du placenta, avec hémorrhagie grave. Procidence du cordon.
	1197	2	......	18 nov.	19 août	D.T.	45 m.	Art. au c. du trav.	N.	.....	N.	2800	550	Mensuration des membranes : 0/24. Procidence du cordon. Hémorrhagies multiples.

TABLEAU 8. **Accouchements spontanés. Présentations du s**

Numéros	Présent. et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Liquide amniotique	Suite de couches	(à l
426	G.A.	8 h. 40	5 min.	Art. D.C.	Norm.	Path.	
769	G.A.	17 h.	1 h.	Spont. D.C.	Id.	Id.	
1111	G.T.	7 h. 45	45 min.	Spont. début du travail.	?	Norm.	
1159	D.T.	7 h. 10	10 min.	Spont. D.C.	Norm.	Id.	
1250	D.P.	9 h. 45	15 min.	Art. D.C.	Id.	Id.	
1358	G.A.	5 h. 50	10 min.	Spont. D.C.	Vert.	Path.	
1432	D.T.	13 h. 15	6 h. 15	Art. D.C.	Norm.	Norm.	
1477	G.A.	16 h. 55	1 h. 25	Art. D.C.	Id.	Path.	
1480	D.P.	11 h.	5 min.	Spont. D.C.	Id.	Norm.	
1526	G.T.	?	10 min.	Spont. D.C.	Vert.	Id.	
1626	D.A.	19 h.	10 min.	Spont. D.C.	Norm.	Id.	
1644	G.A.	6 h. 30	15 min.	Précoce.	?	Id.	

·es. Enfants morts après la naissance.

	Jour de la mort	Poids du placenta	Observations
....	Quelques heures après la naissance	....	
r.	8ᵉ jour	600 gr.	La femme meurt d'érysipèle infectieux à son 7ᵉ jour. Enfant mort d'érysipèle de la paroi abdominale le 6ᵉ jour.
	5ᵉ jour	450 gr.	Rupture prématurée des membranes. Insertion vicieuse : 34/2.
	5ᵉ jour	370 gr.	Traces d'albumine. Enfant mort de congestion pulmonaire gauche.
	3ᵉ jour	350 gr.	Enfant présentant à sa naissance du pemphigus palmaire et plantaire.
....	Quelques heures après la naissance.	650 gr.	Enfant insufflé et ranimé. Mis dans une couveuse.
....	Quelques heures après la naissance.	320 gr.	Placenta sur le segment inférieur 27,2.
....	Le soir de sa naissance.	470 gr.	Enfant mort de néphrite suppurée.
....	2ᵉ jour	630 gr.	Insertion vicieuse. Membranes 25/5. Perte de sang assez notable avant l'expulsion du fœtus.
	4ᵉ jour	310 gr.	Enfant mis dans une couveuse.
....	Quelques instants après la naissance.	600 gr.	Mort quelques instants après. Syphilis du foie et du poumon.
	7ᵉ jour	270 gr.	Insertion vélamenteuse. Broncho-pneumonie.

TABLEAU 9. **Accouchements spontanés. Présentations du som**

Nos d'ordre	Parité	Accouchements antérieurs	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expul.	Rupture des membranes	Liquide amniotique	de
161	2	1 acc. à 7 mois 1/2. Enfant mis dans une couveuse. Mort le 15e jour.	G.A.	13 h.	25	Précoce	Norm.	
535	2	1 acc. à 7 mois prés. du siège. Enf. mort le jour de la naissance.	D.T.	9 h.	15 m.	Artif. à D.C.	Id.	
570	2	1 acc. spont. à terme. Enfant toujours vivant.	G.A.	14 h. 30	5 m.	Spont. à D.C.	Vert	
637	2	1 acc. spont. à terme. Enfant mort à 3 mois.	G.A.	9 h. 25	10 m.	Spont. à D.C.	Normal	38
651	5		G.T.	10 h. 40	25 m.	Id.	Vert et abondant	
680	7		D.T.	7 h. 20	10 m.	Artif. à D.C.	Normal	
777	2	1 acc. spont. à terme. Enfant toujours vivant.	G.A.	5 h. 50	20 m.	Prémat.	Id.	
903	5	4 acc. spont. à terme. Enfants ? ?	O.P.	27 h.	20 m.	Artif. précoce	Id.	40
1035	6	1er av. 2 mois 1/2. 2e acc. à terme. Enf. vivant. 3e acc. à 7 mois. Enfant vivant. 4e av. à 6 mois. 5e av. à 6 mois 1/2.	D.T.	4 h.	5 m.	Spont. à D.C.	Vert	38
1036	2	1 acc. spont. à terme. Enfant mort à 9 mois.	D.T.	5 h. 20	30 m.	Précoce	Normal	
1082	2	1 avortement de 5 mois 1/2.	G.A.	12 h. 15	15 m.	Artif. à D.C.	Normal	38
1169	2	1 acc. spont. à terme. Enfant mort à 4 mois.	D.T.	13 h. 35	20 m.	Précoce	Normal	38
1181	2	1 avortement de 4 mois.	D.P.	21 h.	1 h. 10	Spont. après D.C.	Normal	
1234	5	4 acc. spont. à terme. Enf. vivant.	G.T.	12 h. 30	1 5m.	Artif. à D.C.	Normal.	N
1255	4	3 acc. spont. à terme. Enf. toujours vivants.	G.A.	4 h. 30	15 m.	Prémat.	Normal.	N
1292	2	1 acc. spont. à terme. Enfant toujours vivant.	D.P.	15 h.	20 m.	Artif. à D.C.	Normal.	N
1381	2	1 acc. spont. à terme. Enfant toujours vivant.	G.A.	?	?	Prémat.	?	N
1502	5	1 acc. à 7 mois. Enfant a vécu pendant 2 mois ; 1 avortement à 3 mois : 1 avortement à 5 mois ; 1 avortement à 6 mois.	D.T.	13 h. 45	45 m.	Spont. à D.C.	Normal.	N
1611	2	1 acc. spont. à terme. Enfant vivant.	G.A.	3 h. 25	10 m.	Prém.	?	N
1647	3	2 premiers enf., l'un mort à 1 mois et l'autre à 2 m. 1/2.	G.A.	4 h. 35	25 m.	Artif. à D.C.	Normal.	N
1181	2	1 acc. spont. Enfant à terme toujours vivant.	G.A.	8 h. 30	5 m.	Artif. à D.C.	Normal.	N

pares. — **Enfants morts après la naissance.**

Poids du fœtus à sa mort	Jour de la mort après la nais.	Poids du placenta	Observations
2260	4e jour	570	Imperforation du rectum.
?	3 h.	470	Mis dans une couveuse.
?	q. inst.	390	
3360	6e jour	500	Inj. intra-utérines. Enfant mort ayant présenté des convulsions.
1970	6e jour	430	Enfant chétif. — Mis dans une couveuse.
?	le lendemain	380	Enfant chétif. — Mis dans une couveuse.
2520	8e jour	650	
2250	6e jour	450	40° le 2e jour ; frisson. — 39°,5 le 3e jour ; frisson. — Irrig. cont. pendant 52 heures. — Guérison.
2370	5e jour	670	Lendemain de naissance, pemphygus plantaire et palmaire. — Eruption généralisée. — Frictions mercurielles et liqueur de Van Swieten.
2020	4e jour	580	Ins. vicieuse du placenta. — Hémorrhagies assez abondantes pendant les huit jours qu précédèrent l'accouchement. — L'enfant présenta des convulsions la veille de sa mort.
?	2e jour	560	Irrig. cont. pendant 12 heures le 2e jour. — Guérison. — Enfant mort de pleurésie purulente.
3660	2e jour	510	Autopsie : Congestion intense du poumon droit. — Capsule surrénale indurée, piquetée. — Entre le rein et la capsule, kyste hémorrhagique du volume d'une noisette.
?	le lendemain	300	
2670	10e j.	700	Mis dans la couveuse. — Broncho-pneumonie.
?	jour même	540	Hémorrhagies sous-choriales couvrant une partie de la face fœtale du placenta. Enfant né cyanosé. — Mis dans une couveuse.
1660	10e j.	300	Imperforation rectale.
a fait que quelques aspirations	?	550	
1170	6e jour	380	Mis dans une couveuse.
1580	11e j.	490	Sclérème des membres infér. et supér. — Mis dans une couveuse. — Congest. pulmonaire.
…ít qq. h.		440	Mis dans une couveuse.
2080	3e j.	500	Érysipèle de la face.

Primipares. — Les n^os **1250** gr. et **1626** sont manifestement morts de syphilis : le premier présentait à sa naissance des bulles de pemphigus palmaire et plantaire ; à l'autopsie du second, on a trouvé de la syphilis du foie et du poumon.

Plusieurs de ces enfants étaient en état de faiblesse congénitale et leur faible poids explique pourquoi ils n'ont pu vivre : ainsi les n^os **1480, 1526, 1826.**

Le n° **769** est mort d'érysipèle de la paroi abdominale le 8e jour ; la mère de cet enfant est morte d'érysipèle le 7e jour. Le n° **1477** est mort de néphrite suppurée le jour même de sa naissance.

Il n'y a guère que le n° **1358** pour lequel on puisse penser que la mort ait été causée en partie par la souffrance au cours du travail ; et il y a eu lieu de se demander si chez cet enfant la disproportion de poids entre le fœtus et le placenta ne doit pas faire incriminer la syphilis.

Multipares. — 21 enfants ont succombé : dans un cas (**1038**) la syphilis est hors de doute, comme cause de la mort, la disproportion entre le poids du fœtus (**2490**) et le poids du placenta (**670**) est manifeste.

La syphilis agit dans plusieurs autres cas ; mais il est plus difficile de l'affirmer.

Deux enfants ont présenté de l'imperforation du rectum et ont succombé tous deux.

B. *Femmes à bassin vicié.* — Le tableau 10 comprend les observations résumées des 46 primipares et des 61 multipares, ayant le bassin plus ou moins rétréci et chez lesquelles l'accouchement s'est terminé *spontanément*, l'enfant se présentant par le sommet.

Sur ces 46 primipares, 26 ont été reçues dans le service pendant leur grossesse ; chez 43 d'entre elles la T. n'a pas dépassé 38° ; chez le n° 69, la T. normale jusqu'au 16e jour a atteint 39°,3, puis 41° le 18e jour. Il s'agissait d'accidents d'origine intestinale. Chez une autre femme, il y a eu une seule élévation de T. de 39° le dixième jour. Enfin chez une troisième femme, la T. maxima a été de 38°,2 le 3e jour : cette hyperthermie était due à une lymphangite du sein. Tous les enfants sont nés vivants ; un seul (**19**) qui ne pesait que 1850 gr., à la naissance est mort 6 jours après.

Parmi les 61 multipares, 35 sont entrées pendant la grossesse ; chez 55 la T. est restée normale. Il n'y a que deux femmes (156 et 1412) qui aient présenté de l'hyperthermie en rapport avec une infection génitale légère. Tous les enfants sont nés et sortis vivants.

CHAPITRE II

PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Le fœtus s'est présenté par la face chez 2 primipares ; nous ne pouvons guère en effet, compter parmi les présentations de la face la femme n° 1164 qui est arrivée, après avoir subi en ville plusieurs applications de forceps ; la tête était défléchie, l'enfant mort, et on fut obligé de recourir au basiotribe.

798. — *Rétrécissement du bassin. Présentation de la face, variété frontale persistante. Application de forceps. Enfant vivant* (résumée).

Primipare, entrée à la Clinique le 6 juin, à 6 heures du matin.

Dernières règles ont eu lieu du 28 au 31 août.

A son arrivée, l'orifice utérin présente une dilatation de cinq francs. Les membranes sont intactes.

A 7 h. 30 du matin, les membranes se rompent spontanément. Le doigt arrive sur le front, les yeux et le nez.

A 11 heures du matin, avec une dilatation comme une paume de main, M. Polosson constate que le centre de la présentation est constitué par le front recouvert d'une énorme bosse séro-sanguine. A l'extrémité droite du diamètre transverse, le doigt arrive sur la partie antérieure de la fontanelle antérieure ; à l'extrémité gauche du même diamètre, le doigt atteint les arcades orbitaires les globes oculaires, le nez.

A 11 h. 1/2 du matin, la dilatation est complète : l'engagement est peu accusé ; la tête est inclinée sur le frontal postérieur.

Cette attitude de la tête est confirmée par le toucher manuel que Varnier pratique au moment où, à deux heures de l'après midi, il décide de faire une application de forceps. Après rotation et engagement au détroit inférieur, le front ouvre la vulve et s'y engage jusqu'à ce que le nez très aplati vienne s'appliquer étroitement à la commissure vulvaire antérieure ; puis le bregma, le vertex, la petite fontanelle, la bosse occipitale se dégagent successivement au niveau de la fourchette. Enfin on voit apparaître en dernier lieu à la commissure antérieure la bouche largement ouverte, puis le maxillaire inférieur. La bouche reste béante pendant les quelques heures qui suivent la naissance.

L'extraction simple du placenta est faite à 4 h. 50 du soir.

L'enfant, né vivant, pèse 3,810 gr. ; il présente une bosse séro-sanguine volumineuse au niveau du front. Principaux diamètres de la tête ; Bipariétal 9 c. 5 ; bitemporal 8 c. ; occipito-frontal maximum 14 c. ; Sus occipito-mentonnier (bouche ouverte) 13 c. 8 ; Mento-bregmatique (bouche ouverte) 12 c. 6., etc.

Le promontoire est accessible ainsi que la face antérieure du sacrum.

Les suites de couches sont bonnes : la T. atteint 38° le 2e et le 4e jour.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 27 juin.

1598. — Primipare, âgée de 22 ans, entre à la Clinique le 6 octobre 1892, pour des varices volumineuses des membres inférieurs.

Les dernières règles ont eu lieu à la fin de janvier.

TABLEAU 10. **Année 1892. — Primipares. Rétréciss**

Nos	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Bassin	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Prés pla
19	?	Trav.	8 m.	Prom. access.	G.A.	24 h.	30 m.	Prématurée	F. I
38	28 ans	Gr.	9 m.	D.P.S.P. 10	G.T.	28 h.	1 h. 10	Artif. à D.C.	I
53	39 ans	Id.	8 à 9 m.	D.P.S.P. 10.6 ; D. biischiatique 9c,5	G.T.	21 h.	30 m.	Hâtive	[illegible]
69	?	Id.	9 m.	Angle sacro-vertébral accessible	G.T.	10 h.	2 h. 30	Hâtive	
97	?	Id.	9 m.	D.P.S.P. 10,4	G.T.	16 h.	20 m.	Artif. à D.C.	
115	17 ans	Trav.	8 m.	Prom. access.	G.T.	7 h.	15 m.	Artif. à D.C.	
148	?	Gr.	8 à 9 m.	Prom. très élevé. Diam. P.S.P. 11c,2	D.T.	?	10 m.	Artif. à dil. 1 fr.	
162	?	Trav.	8 m.	Face antérieure du sacrum plane	G.T.	8 h.	30 m.	Spont. à D.C.	
267	?	Gr.	9 m.	Prom. access.	G.A.	7 h.	20 m.	?	
299	17 ans	Id.	9 m.	Vicié	D.P.	12 h.	10 m.	Spont. à D.C.	
307	?	Id.	9 m.	Angle accessible. Diam. P.S.P. 10,7	D.T.	15 h. 25	5 m.	Artif. à D. 5 fr.	
344	?	Trav.	9 m.	Angle accessible avec 2 doigts	D.T.	24 h.	15 m.	Prématurée	
410	?	Gr.	8 à 9 m.	Angle S.V. bas. Diam. P.S.P. 9,5	D.T.	12 h.	40 m.	Précoce	
483	18 ans	Trav.	9 m.	Prom. access.	G.A.	2 h.	10 m.	Spont. à D.C.	E
587	21 ans	Gr.	9 m.	Angle access.	G.T.	10 h.	15 m.	Spont. à ?	F.
617	20 ans	Trav.	9 m.	Angle access.	G.A.	6 h. 35	1 h. 15	Spont. à D.C.	
683	23 ans	Gr.	9 m.	Coxalgique	G.A.	17 h. 25	1 h. 25	Précoce	
722	21 ans	Trav.	9 m.	Diam. P.S.P. 10,2	G.T.	19 h.	35 m.	Artif. à D.C.	
770	23 ans	Gr.	9 m.	Angle accessible avec 2 doigts	D.T.	23 h.	30 m.	Précoce	F.
781	19 ans	Id.	9 m.	Angle et face antérieure du sacrum access. Diam. P.S.P. 11	D.T.	22 h.	1 h.	Spont. à dilat. 2 fr.	F.
802	20 ans	Id.	9 m.	Angle access.	D.T.	17 h. 45	15 m.	Spont. à ?	I
809	33 ans	Id.	8 m.	Bassin annelé. Diam. P.S.P. 10,5	G.T.	17 h. 25	55 m.	Spont. à ?	F.
815	22 ans	Trav.	8 m.	Prom. access. avec 2 doigts	G.A.	15 h.	25 m.	Artif. à 1 fr.	

— **Accouchements spontanés.**

Mensuration des membranes	Température	Poids du fœtus à la naissance	Enfant sorti	Observations
27/7	N.	1850 gr.	M.	Fœtus respire mal, ranimé rapidement. Mort 6 jours après la naissance.
29/11	39°	2870	V.	Albuminurie de la grossesse, 39° le 10e jour.
27/10	N.	2710	V.	
29/9	N.	3270	V.	
16/0	N.	3700	V.	
24/5	N.	2450	V.	Tête peu ossifiée.
32/6	N.	2950	V.	Ophtalmie des 2 yeux au 5e jour.
0/25	38°,2	2260	V.	Deux élévations de température 38°,2 le 3e jour et 37°8 le 8e. Lymphangite.
25/9	N.	3700	V.	
26/14	N.	2450	V.	
32/12	N.	3250	V.	Version par manœuvres externes pendant la grossesse.
35/2	N.	2940	V.	
29/6	N.	2330	V.	
27/3	N.	3000	V.	
37/14	N.	2540	V.	Albuminurie de la grossesse, foyers hémorrhagiques placentaires anciens.
27/4	N.	3200	V.	
34/17	N.	3600	V.	Coxalgie à 17 ans 1/2.
27/8	N.	3420	V.	
Incomplètes	N.	2130	V.	Enfant né en état de mort app. Ranimé. Liquide vert. Insertion vélamenteuse du cordon.
29/10	N.	2930	V.	
?	N.	2500	V.	Albuminurie de la grossesse.
22/3	N.	2010	V.	
29/6	N.	2470	V.	Albuminurie de la grossesse.

TABLEAU 10 (suite). **Année 1892. — Primipares.**

Nos	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Bassin	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Ru d mem
822	24 ans	Trav.	9 m.	Saillie très prononcée au niveau du coccyx	G.A.	7 h.	1 h. 30	Pré
837	26 ans	Id.	9 m.	Face ant. du sacrum access.	D.A.	12 h.	1 h. 30	'
839	27 ans	Id.	9 m.	Prom. access.	G.T.	5 h. 15	10 m.	Spont.
872	28 ans	Id.	8 à 9 m.	Angle access. Diam. P.S.P. 10,6	G.T.	9 h. 55	1 h. 5	Sp et pr
934	20 ans	Id.	8 m.	Coxalgique	G.P.	16 h.	1 h.	Artif. Liquid
1083	23 ans	Gr.	9 m.	Face antérieure du sacrum convexe D.P.S.P. 10,2	G.A.	10 h. 40	40 m.	Spont.
1094	23 ans	Id.	9 m.	Angle accessible	D.T.	7 h. 55	3 h. 50	Spo
1095	25 ans	Trav.	9 m.	Vicié et asymétrique	D.P.	11 h. 20	43 m.	Spont.
1125	25 ans	Gr.	9 m.	D.P.S.P. 10 cent.	G.T.	3 h. 20	30 m.	Spont
1128	26 ans	Trav.	9 m.	Angle accessible	G.A.	4 h. 20	20 m	Spont
1189	27 ans	Id.	9 m.	Angle accessible D.P.S.P. 10,7	G.T.	28 h.	1 h. 10	Spont
1293	24 ans	Id.	8 à 9 m.	Angle accessible D.P.S.P. 9,8	G.A.	6 h. 10	1 h. 10	Artif.
1442	30 ans	Id.	9 m.	D.P.S.P. 10,5	G.T.	24 h.	1 h. 20	Spont
1506	23 ans	Gr.	9 m.	D.P.S.P. 9,5	D.P.	30 h.	40 m.	Spo
1556	25 ans	Id.	9 m.	Angle accessible D.P.S.P. 10,3	G.A.	28 h.	1 h. 20	Spont
1613	32 ans	Id.	8 m.	Coxalgique	D.P.	18 h.	25 m.	Spont
1625	25 ans	Trav.	9 m.	Angle facilement accessible	D.P.	20 h.	15 m.	
1681	27 ans	Id.	8 à 9 m.	Face antérieure du sacrum très accessible	D.T.	9 h.	3 m.	Artif.
1716	23 ans	Gr.	9 m.	Epines sciatiques saillantes	G.A.	46 h.	1 m.	Artif.
1771	20 ans	Id.	9 m.	D. P. S. P. 11.	G.T.	17 h.	2 h. 50	Artif.
1807	21 ans	Id.	9 m.	D. P. S. P. 10.	G.T.	9 h.	30 m.	Spont
1821	24 ans	Id.	9 m.	Bassin annelé angle accessible	G.T.	58 h.	15 m.	Spont
1825	25 ans	Id.	9 m.	Luxation congénitale de la hanche	G.T.	9 h. 50	1 h.	Artif.

assin. — Accouchements spontanés.

rrance Mode	Mensuration des membranes	Tempé-rature	Poids du fœtus	Enfant sorti	
Nat.	?	N.	3230 gr.	V.	
Nat.	25/10	N.	3430	V.	Albuminurie de la grossesse.
Sp.	34/9	N.	2720	V.	
Nat.	?	39°,3 et 41°	2950	V.	Le 16e jour temp. 39°,3. Le 18e jour 41°. Embarras gastrique.
Nat.	22/10	N.	2950	V.	Atrophie considérable de la jambe droite et raccourcissement de 12 centimètres.
Nat.	24/8	N.	3250	V.	
Nat.	29/8	N.	3020	V.	
Nat.	27/8	N.	2620	V.	
Sp.	27/25	N.	3400	V.	
Nat.	33/11	N.	3000	V.	
Nat.	28/6	N.	2740	V.	Enfant né en état de mort apparente. Ranimé
Nat.	33/10	N.	3620	V.	Tête très réductible.
Nat.	35/9	N.	3020	V.	Liquide verdâtre et fétide au moment de l'expulsion.
Nat.	23/10	N.	2820	V.	
Sp.	16/18	N.	3350	V.	
Nat.	28/8	N.	2420	V.	Cicatrice d'abcès au niveau de la cuisse et du pli inguinal droit.
Nat.	28/11	N.	3080	V.	
?	28/12	N.	2730	V.	
Nat.	26/0	N.	3310	V.	Deux attaques d'épilepsie.
Nat.	....	N.	3700	V.	
Nat.	30/14	N.	2980	V.	
Sp.	39/3	N.	3000	V.	
Nat.	....	N.	2850	V.	

TABLEAU 10 (suite). **Année 1892. — Multipares. — Rétréciss**

Nos	Age	Parité	Entrée	Grossesses et accouchements antérieurs	Terme de la grossesse	Bassin	Présentation et position	Durée du trav.
17	?	4	T.	1er acc. spont. à terme. Enfant viv. 2e acc. spont. à terme. 3e acc. spont. Enfant mort 3 h. après la naissance.	8 m 1/2.	Prom. access.	G.T.	6 h. 30
29	28	2	T.	1er acc. spont. à terme.	9 m.	Prom. access.	G.T.	7 h. 30
30	?	5	T.	4 acc. spont. à terme.	9 m.	Prom. access.	G.T.	2 h. 10
48	24	2	G.	1 acc. spont. à terme.	9 m.	F. ant. du sacr. access.	D.P.	11 h. 15
57	?	2	G.	1 acc. normal à terme.	8 m. 1/2.	D.P.S.P. 10,4.	G.T.	?
77	?	2	G.	1 avort. 3 mois.	9 m.	D.P.S.P. 10,8. Bass. annelé.	G.P.	60 h.
87	21	2	G.	1 acc. spont. à terme.	9 m.	Prom. access.	G.T.	3 h. 20
103	?	2	T.	1 avort. 6 mois.	9 m.	Prom. access. D.P.S.P. 11.	G.T.	8 h. 30
131	31	4	G.	1er acc. forceps. 2e acc. spont. 3e acc. siège, mort-né.	8 m. 1/2.	D.P.S.P. 11. Faux prom. 10.	G.T.	12 h. 30
156	?	2	G.	1 acc. provoqué à 8 mois 1/2.	9 m.	D.P.S.P. 10,4.	G.T.	14 h.
187	32	2	G.	1 acc. spont. à terme. Déliv. artif.	8 m. 1/2.	Prom. access.	D.P.	11 h.
241	31	3	T.	1er acc. à terme, forceps. Enfant mort. 2e acc. à terme, forceps. Enf. mort	9 m.	D.P.S.P. 9,5. Bass. annelé.	G.T.	5 h. 30
240	28	4	T.	3 acc, spont. à terme.	8 m. 1/2.	Prom. access.	G.T.	10 h.
254	26	2	G.	1 avort. à 2 mois.	9 m.	Prom. access.	D.P.	27 h.
272	?	3	G.	1er acc. forceps. 2e acc. provoqué 2 enfants morts.	9 m.	Prom. access.	D.P.	7 h. 30
458	21	2	T.	1 avort. de 4 mois.	8 à 9 m.	F. ant. du sacr. access.	G.A.	15 h.
504	23	2	G.	1 acc. provoqué version par manœuvres externes. Forceps. Enfant mort quelques heures après naissance.	9 m.	Prom. access. Bass. canaliculé. D.P.S.P. 10,8.	G.T.	6 h.
603	30	2	G.	1 acc. normal à terme.	9 m.	Prom. access. D.P.S.P. 10,4.	G.T.	10 h. 5
635	40	7	G.	4 acc. norm. 2 avort. à 6 semaines.	8 m.	D.P.S.P. 9,9	G.A.	5 h. 50
661	30	2	G.	1 acc. spont. à terme.	9 m.	Prom. access.	G.A.	2 h. 40
676	25	2	G.	1 acc. à terme. Forceps.	9 m.	D.P.S.P. 10,4. Faux promontoire très saillant.	D.T.	4 h. 1

in. — Accouchements spontanés.

Présentation du placenta	Durée de la délivr.	Mode de délivr.	Mens. des memb.	Temp.	Poids du fœtus	Enfant sorti	Observations
F. fœt.	25 m.	Nat.	24/6	N.	2320	V.	Ophtalmie des deux yeux guérie avant la sortie.
Id.	15 m.	Id.	20/10	N.	3410	V.	
Id.	40 m.	Id.	33/5	N.	2460	V.	
Id.	25 m.	Id.	36/7	N.	3870	V.	
Id.	45 m.	Id.	20/5	N.	2860	V.	
Id.	Imméd.	Sp.	27/14	N.	3450	V.	
Id.	10 m.	Nat.	29/1	N.	3520	V.	Albuminurie du travail.
Id.	40 m.	Id.	36/9	N.	3860	V.	
Id.	45 m.	Id.	6/17	N.	2550	V.	Procid. du cordon et du bras gauche. Enfant né en état de mort apparente. Ranimé.
Id.	1 h. 15	Id.	7/22	38°,8 au 2e j.	3680	V.	Irrig. continue pendant 28 heures.
Id.	17 m.	Sp.	23/6	N.	2820	V.	
Id.	30 m.	Nat.	26/2	N.	3150	V.	Diam. bipariétal 9,5. Tête bien ossifiée.
F. utér.	20 m.	Sp.	26/8	N.	3540	V.	Rétention partielle des membranes.
F. fœt.	20 m.	Id.	31/1	N.	3060	V.	Vaginite granuleuse.
Id.	50 m.	Nat.	32/2	N.	3700	V.	Version par manœuvres externes et ceinture eutocique.
F. utér.	35 m.	Id.	33/6	N.	2900	V.	
F. fœt.	35 m.	Id.	32/5	N.	3050	V.	
Bord.	35 m.	Sp.	30/5	N.	3000	V.	
Id.	10 m.	Id.	26/10	N.	2190	V.	
F. fœt.	40 m.	Nat.	29/9	N.	3170	V.	
Id.	30 m.	Id.	12/24	N.	2870	V.	

TABLEAU 10 (suite). **Année 1892. — Multipares. — Rétréciss**

Nos	Age	Parité	Entrée	Grossesses et accouchements antérieurs	Terme de la grossesse	Bassin	Présentation et position	Durée du travail
686	25	3	T.	1er acc. spont. à terme. 2e acc. prov. à 8 mois 1/2. Forceps.	9 m.	Angle access.	D.T.	15 h. 50
728	27	2	T.	1er acc. spont. à terme.	9 m.	Angle access.	G.T.	16 h. 25
734	30	2	T.	1er acc. spont. à 7 mois.	8 à 9 m.	Bassin cyphotique.	G.T.	19 h.
762	32	2	G.	1 acc. à terme. Forc. D.S. Enf. viv.	9 m.	Bassin annelé D.P.S.P. 10,7 5e Vertèbre lombaire très saillante.	G.T.	2 h. 10
768	33	3	T.	2 acc. à terme spont.	8 m.	Angle access.	D.P.	3 h. 15
827	22	2	G.	Fausse couche de 6 mois.	9 m.	Prom. access.	D.T.	8 h. 1/2
863	?	2	G.	1er acc. à terme et spont.	9 m.	Bassin coxalgique.	G.T.	7 h. 15
883	25	2	T.	1er acc. à terme. Forceps.	9 m.	Angle access.	G.T.	11 h. 45
896	23	2	T.	1er acc. à terme et spont.	9 m.	Angle access.	G.T.	21 h.
920	29	2	G.	1er acc. à terme et spont.	9 m.	Angle et f. ant. du sacrum access.	D.T.	13 h.
940	30	4	G.	Trois acc. antérieurs spont.	8 à 9 m.	Angle access.	D.T.	2 h. 1/2
959	28	2	G.	1er acc. prov. à 8 mois. Enf. vivant.	8 à 9 m.	Angle access.	G T.	9 h. 50
1029	23	2	G.	Avort. de 3 mois.	8 à 9 m.	Angle access.	G.T.	9 h. 20
1057	30	3	T.	1er acc. forceps.	9 m.	Angle access.	D.T.	4 h. 35
1085	21	2	G.	1er acc. spont. à 8 mois 1/2.	9 m.	Angle access.	G.T.	12 h. 15
1114	38	4	G.	3 acc. spont. à terme.	9 m.	F. ant. du sacrum et angle access.	G.T.	5 h. 55
1128	26	2	G.	1er acc. acc. prémat. spont.	9 m.	Angle access.	G.A.	2 h. 20
1143	30	5	T.	1er et 2e acc. spont. à terme. 3e et 4e forceps.	9 m.	Diam. P.S.P., 8,4.	D.T.	14 h. 15
1239	40	9	T.	1er acc., spont. 2e version. 3e, 4e, 5e, 6e acc. spont. 7e, 8e, forc. 9e acc., provoqué. Ballon de Champetier.	8 à 9 m.	Prom. access.	D.P.	15 h.
1281	29	3	T.	1er et 2e acc. spont. Enfants vivants.	A terme.	Bassin annelé. D.P.S.P. = 9,5.	D.T.	3 h. 40

— **Accouchements spontanés.**

Présentation du placenta	Durée de la délivr.	Mode de délivr.	Mens. des memb.	Temp.	Poids du fœtus	Enfant sorti	Observations
F. fœt.	40 m.	Nat.	33/1	N.	3730	V.	
Id.	10 m.	Spont.	38/5	N.	4150	V.	
Id.	55 m.	Nat.	29/14	N.	2790	V.	Ankylose de la hanche gauche, ligne innominée aplatie du côté gauche. Diamètre biischiatique rétréci.
Id.	30 m.	Id.	32/2	N.	3160	V.	Version par manœuvres externes. Application de la ceinture.
Id.	25 m.	Id.	28/2	N.	2350	V.	
Id.	30 m.	Id.	32/6	N.	3280	V.	
Id.	25 m.	Spont.	22/9	N.	3620	V.	Coxalgie droite non suppurée; enfant né en état de mort apparente, ranimé.
Id.	15 m.	Id.	6/38	N.	3490	V.	
Id.	10 m.	Id.	33/13	N.	3790	V.	Hydropisie de l'amnios. Rupture artificielle des membranes à la dilatation comme 2 fr. Procidence d'une main et du cordon. Réduction.
Id.	10 m.	Id.	32/7	N.	3450	V.	
Id.	35 m.	Nat.	15/19	N.	2480	V.	
Id.	30 m.	Id.	24/8	N.	2750	V.	
Bord.	45 m.	Id.	38/12	N.	2820	V.	Albuminurie de la grossesse.
F. fœt.	30 m.	Id.	32/9	N.	3050	V.	
Id.	35 m.	Id.	30/8	N.	3390	V.	
Id.	45 m.	Id.	31/10	N.	2970	V	
Id.	30 m.	Id.	31/11	N.	3000	V.	
Id.	30 m	Id.	21/13	N.	2995	V.	Procidence du cordon. Réduction manuelle sous chloroforme. Accouchement spontané. Ophtalmie de l'œil gauche au 8e jour.
Id.	35 m	Id.	31/11	N.	2500	V.	
Id.	40 m.	Id.	?	N.	3800	V.	Scoliose.

TABLEAU 10 (suite). **Année 1892. — Multipares. — Rétré**

Nos	Age	Parité	Entrée	Grossesses antérieures	Terme de la grossesse	Bassin	Présentation et position	Du du tr
1299	21	2	T.	1 acc. spont.	A terme.	D.P.S.P. 10,8.	D.T.	49
1317	38	5	T.	1er forceps. 2e et 3e spont. 4e avort. 3 mois.	8 à 9 m.	Angle accessible.	D.P.	4 h.
1365	28	2	G.	1er forceps.	8 à 9 m.	F. ant. du sacrum accessible. coccyx très saillant.	G.A.	?
1412	30	2	G.	1 forceps.	8 à 9 m.	Faux prom. angle accessible. 10,5. D.P.S.P.	D.P.	5 h.
1452	26	3	G.	1. — 2. ballon de Champetier, forceps.	A terme.	Angle S.V. accessible. D.P.S.P. = 10,2.	G.T.	5 h.
1464	39	2	G.	1 forceps.	A terme.	D.P.S.P. 10,2, bassin cyphotique.	D.T.	10h.
1516	?	4	T.	1er et 2e normaux. 3e forceps.	A terme.	D.P.S.P. 10,5.	G.T.	14h.
1552	?	3	T.	1 avort. de trois mois. 2 acc. forceps.	A terme.	Angle accessible.	G.T.	12
1580	25	3	T.	1er et 2e acc. normaux.	A terme.	Prom. accessible.	G.A.	11
1587	32	4	G.	1er, 2e et 3 normaux.	A terme.	D.P.S.P. 9,8.	G.T.	3 h
1620	21	2	G.	1 à terme, forceps, lésion périn. profonde.	A terme.	Angle accessible.	G.T.	14 h.
1622	44	2	T.	1 gros. normale.	8 m.	D.P.S.P. 11,2.	G.T.	?
1627	27	2	T.	1 à terme.	A terme.	Angle accessible.	G.A.	13 h.
1638	28	2	G.	1 acc. forceps.	7 m.	Angle accessible.	G.T.	3 h.
1723	37	3	G.	1er basiotripsie. 2e acc. provoqué à 8 mois.	8 m.	D.P.S.P. 9,5.	D.T.	9 h
1730	34	3	G.	1er et 2e acc. normaux.	8 à 9 m.	D.P.S.P. 9,5.	G.T.	12 h.
1731	25	3	T.	1er normal. 2 avort. à 2 mois.	A terme	Angle accessible.	G.T.	17
1735	32	3	G.	1 spontané. 2 siège.	8 m.	Angle accessible.	G.T.	4 h
1764	29	2	T.	1 forceps.	7 m. 1/2	Angle accessible.	G.T.	2 h
1810	29	4	G.	1er acc. forceps. 2e et 3e acc. spont.	8 à 9 m.	D.P.S.P. 11,2.	G.T.	25

Cette femme reste au dortoir jusqu'au 14 novembre; on fait le diagnostic de gros œuf.

Début du travail à 3 h. 1/2 du matin, le 14 novembre; la femme est amenée à la salle de travail à 7 h. 1/4 du matin avec une dilatation grande comme une paume de main.

Présentation de la face en M. I. D. T.

A 11 h. 1/2 du matin, rupture artificielle des membranes à la dilatation complète : liquide amniotique normal.

L'expulsion du fœtus a lieu à midi 50.

Extraction simple du placenta à 1 h. 25.

L'enfant du sexe féminin, pèse 3,720 gr. La face est violacée et œdématiée : phlyctènes sur les joues, le menton et les paupières. Œdème des lèvres et des joues.

Suites de couches normales : T. maxima 38°, le soir de l'accouchement.

CHAPITRE III

PRÉSENTATIONS DU SIÈGE

Les tableaux 11 et 12 comprennent les 38 cas dans lesquels le fœtus s'est présenté par le siège.

Primipares. — 20 primipares (tableau 11) ont accouché d'enfants se présentant par le siège; 16 d'entre elles sont arrivées dans le service alors que le travail était déjà commencé. Quatre sont entrées pendant la grossesse : chez elles (**111**, **170**, **746**, **1313**) la version par manœuvres externes n'a pas réussi ou n'a pas été tentée en raison de l'attitude du fœtus. Chez trois de ces femmes le fœtus se présentait par le siège *décomplété mode des fesses*, attitude défavorable à l'évolution spontanée ou artificielle du fœtus.

Chez 16 dés femmes arrivées en travail, six fois le fœtus se présentait par le siège complet; dix fois le siège était décomplété mode des fesses.

Chez presque toutes ces femmes la température est restée normale ou n'a pas dépassé 38°. Chez une seule (**1067**) la température a atteint 39°,5 le 6e jour et cette ascension thermique était causée par une lymphangite du sein droit.

Parmi les enfants, un seul (**111**), pesant 3,200 gr. n'a pu être ranimé, et sa mort est probablement due à la syphilis maternelle; plusieurs autres, nés en état de mort apparente, ont été ranimés et sont sortis vivants.

Multipares. — Chez 18 femmes (voir tableau 12) il y a eu présentation du siège : 10 d'entre elles ont été admises dans le service pendant la grossesse, 8 ont été reçues pendant le travail.

Parmi ces 18 femmes, 8 étaient enceintes pour la seconde fois, cinq pour la troisième fois, 2 pour la quatrième fois, une pour la cinquième fois, deux pour la dixième. Chez une seule (**811**), on a noté à l'une des grossesses antérieures une présentation du siège.

Chez 14 de ces femmes la température a été normale pendant les suites de couches; chez trois la température a atteint 38° à 38°,5; parmi elles le n° **627** a dû être délivrée artificiellement. Enfin une femme a présenté une température élevée (T. max. 40°,2) en rapport avec des lésions de tuberculose pulmonaire.

Six fois le fœtus s'est présenté par le *siège complet;* 8 *fois* par le siège décomplété mode des fesses, 3 fois par le siège décomplété, mode des pieds, une fois par les genoux.

Tous ces enfants sont nés vivants; mais trois (**193, 1182**, **1519**) sont morts quelques heures après la naissance.

Quant aux causes qui produisent ces présentations du siège, elles ne sont pas toujours faciles à apprécier: les plus fréquentes semblent être l'accouchement prématuré et sa cause la plus habituelle, l'insertion du placenta sur le segment inférieur, le petit volume du fœtus, le rétrécissement du bassin (**1182**), etc.

Dans tous les cas où le siège est décomplété, la conduite tenue consiste à introduire la main à travers un orifice suffisamment dilaté de manière à abaisser un membre; lorsque le siège décomplété est profondément engagé, on a recours à la même manœuvre manuelle.

TABLEAU 11. **Présentation**

Nos	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Présentation du siège	Rupture des membranes	Durée totale du travail	Durée de l'expulsion
58	......	T.	8 à 9 m.	Complet G.T.	Art. à D.C.	10 h.	45 m.
111	17	G.	A terme.	Complet G.P.	Sp. au début du travail.	11 h.	50 m.
121	25	T.	A terme.	Mode des fesses. G.T.	Précoce.	14 h. 35	3 h. 20
170	......	G.	A terme.	Id.	Sp. à D.C.	24 h.	40 m.
746	20	G.	8 à 9 m.	Mode des fesses. G.P.	Id.	16 h.	1 h. 5
913	29	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. G.A.	Précoce.	8 h.	45 m.
943	21	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. G.T.	Id.	14 h.	1 h.
1067	17	T.	8 à 9 m.	Complet. G.T.	Id.	8 h. 50	30 m.
1100	30	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. G.T.	Art. à D.C.	?	30 m.
1118	29	T.	A terme.	Mode des fesses. D.A.	Précoce.	16 h.	3 h.
1304	34	T.	8 à 9 m.	Siège complet. G.T.	Art. à dilatat. comme 2 f.	7 h. 20	20 m.
1313	21	G.	A terme.	Mode des fesses. G.T.	Sp. à D.C.	7 h. 50	20 m.
1523	24	T.	A terme.	Mode des fesses. D.T.	Id.	11 h. 20	35 m.
1560	18	T.	8 à 9 m.	Complet. G.T.	Art. à D.C.	5 h. 30	15 m.
1588	19	T.	8 à 9 m.	Id.	Précoce.	19 h. 25	1 h. 10
1597	20	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. G.T.	Art. à D.C.	10 h. 15	15 m.
1682	26	T.	8 à 9 m.	Complet. G.T.	Sp. au début du travail.	20 h.	20 m.
1685	27	T.	A terme.	Mode des fesses. G.A.	Sp. cours du travail.	30 h. 1/2	20 m.
1749	22	T.	8 à 9 m.	Id.	Sp. D.C.	12 h.	12 m.
1793	21	T.	A terme.	Mode des fesses. G.T.	Art. D C.	20 h.	10 m.

rimipares.

Délivrance	Mensuration des memb.	Température	Fœtus né	Poids à la naissance	Observations
Nat.	30/5	N.	V.	2600	
Spont.	30/8	N.	M.	3200	Enfant né en état de mort apparente. N'a pu être ranimé. Femme syphilitique. Poids du placenta, 530 gr.
Nat.	29/9	N.	V.	3060	
Id.	38/7	N.	V.	3600	
Spont.	26/12	N.	V.	2800	Abaissement prophylactique d'un pied.
Id.	24/12	N.	V.	2470	Dégagement spontané du siège. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau.
Artif.	30/10	N.	V.	2820	Abaissement prophylactique du pied. Céphalématome.
Nat.	28/10	39 à 39°,5	V.	2920	Température maxima 39°,5 le 6e jour. Lymphangite du sein droit. Céphalématome.
Spont.	25/12	N.	V.	2240	Dégagement de la tête en O.-Sacrée. Liquide vert.
Nat.	28/13	N.	V.	3160	Procidence du cordon. Rétropulsion. Dégagement spontané du siège. Extraction de la tête par la manœuvre de Mauriceau. Liquide verdâtre.
Id.	33/10	N.	V.	2570	Procidence du cordon. Réduction. Version par manœuvres externes, infructueuse. 3 céphalématomes.
Id.	30/8	N.	V.	3100	Chorée. Malformations fœtales. Spina-bifida. Pied bot. Hydrocéphalie. Tête extraite avec difficulté.
Id.	28/12	N.	V.	3550	Abaissement d'un pied. Liquide vert.
Spont.	24/5	N.	V.	2840	Procubitus du cordon.
Nat.	26/4	N.	V.	3100	Né en état de mort apparente. Ranimé. Température maxima 38° les 3e et 4e jours. Albuminurie.
Id.	27/13	N.	V.	2310	Abaissement d'un pied.
Id.	29/5	N.	V.	2955	Un circulaire passé sur les épaules.
Id.	37/1	N.	V.	3500	Manœuvre de Champetier. Extraction difficile de la tête.
Id.	26/2	N.	V.	2470	Abaissement prophylactique d'un pied. Extraction difficile. Enfant né en état de mort apparente. Ranimé.
Id.	25/5	N.	V.	3300	Abaissement prophylactique du pied. Enfant né étonné. Ranimé.

TABLEAU 12. **Présentations d**

Nos	Age	Parité	Accouchements antérieurs	Entrée	Terme de la grossesse	Présentation du siège	Rupture des membranes	Durée totale du travail
193	27	2	1er à terme, spont. Enfant présentant un pied bot.	G.	8 à 9 m.	Mode des fesses	Sp. à D.C.	6 h. 30
428	21	3	2 à terme. 1 sommet. 1 siège.	G.	A terme.	Complet G. A.	Art. à D.C.	9 h. 15
431	....	4	2 à terme. 1 à 8 m. (macéré).	T.	7 à 8 m.	Complet.	Sp. à D.C.	10 h.
627	37	10	9 à terme, spont.	G.	A terme.	Mode des genoux. D.T.	Art. à D.C.	9 h. 25
716	28	3	2 à terme. 1er terminé par 1 forceps.	T.	Id.	Mode des pieds. G.T.	Art. à D.C.	6 h.
811	31	3	1er à terme (siège). 2e à terme (sommet).	G.	Id.	Mode des fesses. D.T.	Art. à D.C.	8 h.
856	21	2	1 prém. à 7 mois.	T.	Id.	Complet. G.T.	Sp. à D.C.	14 h.
980	33	3	2 à terme, spont.	T.	8 à 9 m.	Complet D.T.	Sp. à D.C.	7 h. 45
1107	39	10	8 sp. à terme. 1 av. de 3 m.	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. D.T.	Prématurée.	?
1113	35	4	2 sp. à terme. 1 prém. 7 m. 1/2.	G.	7 à 8 m.	Mode des fesses. G.T.	Art. cours du travail.	13 h.
1149	34	2	1 sp. à terme.	T.	A terme.	Mode des pieds. G.T.	?	19 h.
1182	27	2	1 sp. à terme.	G.	8 à 9 m.	Mode des pieds. D.T.	Sp. à D.C.	4 h. 40
1218	34	5	4 sp. à terme.	T.	A terme.	Mode des fesses. G.A.	Sp. à D.C.	5 h. 15
1430	35	2	1 sp. à terme.	G.	8 à 9 m.	Complet. G.A.	Sp. à D.C.	6 h. 45
1519	19	4	1 sp. à terme.	G.	7 à 8 m.	Mode des fesses. G.T.	?	8 h.
1628	30	2	1 sp. à terme.	G.	A terme.	Mode des fesses. G.T.	Art. à D.C.	3 h. 15
1711	26	3	2 acc. spont: 1er à 8 m. 1/2 2e à 8 m.	T.	8 à 9 m.	Mode des fesses. D.T.	Prématurée.	1 h. 45
1742	23	2	1 sp. à terme.	G.	A terme.	Complet G.T.	Art. à D.C.	15 h. 10

s multipares.

- lu a	Durée de la délivrance	Délivrance	Mensuration des membranes	Température	Fœtus né	Poids du fœtus	Observations
..	5 m.	Sp.	25/20	39°,5 à 40,5.	Vivant Mort 15 h. ap.	2060	Tuberculose pulmonaire. Temp. M. 40°,2 au 10e jour.
	30 m.	Nat.	30/15	N.	V.	3700	Enfant né étonné. Ranimé.
	30 m.	Id.	24/17	N.	V.	1810	
	40 m.	Art.	....	38° à 38°,5.	V.	3400	Temp. maxima : 38°,5 le 3e jour. Irrigation continue.
t.	1 h. 30	Nat.	35/10	N.	V.	3500	Relèvement des bras sur les côtés de la tête.
	25 m.	Sp.	25/10	N.	V.	4070	Procidence du cordon. Introduction du ballon Champetier. Extraction du siège.
	45 m.	Nat.	19/11	N.	V.	3520	
	35 m.	Id.	25/8	N.	V.	2500	Ophtalmie de l'œil gauche. Guérison.
	35 m.	Id.	23/12	N.	V.	2250	
	35 m.	Id.	35/0	N.	V.	1850	Abaissement prophylactique d'un pied. Enf. né en état de mort apparente. Ranimé.
	5 m.	Sp.	35/2	N.	V.	2550	Procidence du cordon. Essai de rétropulsion. Contractions énergiques. Expulsion du siège. Enf. ranimé.
	40 m.	Nat.	30/16	38° à 38°,5.	Vivant Mort 17 h. ap.	2100	Bassin canaliculé. D.P.S.P. 10,5. Enfant mort 17 heures après sa naissance.
ne	1 h.	Id.	31/9	N.	V.	3530	
t.	45 m.	Id.	....	N.	V.	3030	Version par manœuvres externes, infructueuses. Hydrocéphalie. Frictions mercurielles.
	50 m.	Sp.	11/5	N.	Vivant. Mort quelq. h. ap.	1220	Insertion vélamenteuse.
	30 m.	Nat.	....	N.	V.	3500	Abaissement prophylactique d'un pied. Extraction difficile de la tête.
	55 m.	Id.	27/11	N.	V.	2710	Abaissement prophylactique d'un pied.
	40 m.	Id.	25/14	38° à 38°,5.	V.	3270	Température maxima 38°,5 le 8e jour.

CHAPITRE IV

PRÉSENTATIONS DE L'EPAULE

Nous ne comprenons dans ce chapitre que les *femmes chez lesquelles* la présentation vicieuse n'a pu être corrigée à temps et chez lesquelles il a fallu recourir à une intervention (version ou embryotomie) pour terminer l'accouchement.

Dix femmes ont été amenées dans les salles de travail dans ces conditions.

106. — IVpare, entre en travail le 25 janvier. 1re gr. enfant mort 15 jours après la naissance. — 2e gr. accouchement normal. Enfant mort à la naissance. — 3e gr. Forceps. Enfant mort à la naissance.

Gross. actuelle. A perdu du sang à différentes reprises. Depuis 4 jours, cette femme serait restée chez elle sans aucun secours, perdant de l'eau et ayant des douleurs.

Sous chloroforme, on constate un orifice utérin dilatable, une présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Le liquide amniotique est épais et forme une véritable purée verdâtre. Les bruits du cœur sont faibles (?) La main introduite dans l'utérus n'a jamais perçu de battements du cordon.

La version par manœuvres internes est pratiquée en exerçant des tractions sur le pied gauche, le dos se dégage à droite. Les deux bas sont abaissés à l'aide de la main. Manœuvre de Mauriceau pour l'extraction de la tête.

Le fœtus né mort pèse 3100 gr.; le cordon présente un début de macération. Le travail a duré 75 heures ?

Le placenta se présentant par la face fœtale est extrait 40 minutes après l'intervention. Membranes incomplètes. Poids du placenta : 720 gr.

Suites de couches normales.

248. — IIpare, 25 ans, entre pendant la grossesse le 22 février.

1er accouchement normal. — Grossesse actuelle : D. R. du 16 au 26 mai.

Cette femme est amenée à la salle de travail le 24 février avec une dilatation complète. Poche des eaux volumineuse bombant dans le vagin. Utérus distendu par hydramnios. Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure. Version par manœuvres externes tentée sans succès. Rupture art. des membranes, liquide amniotique s'écoule en grande quantité : plus de 2 litres. Version par manœuvres internes faite sans difficulté. Enfant vivant pesant 3250 gr.

Délivrance par extraction simple 5 minutes après la sortie du fœtus. Membranes 11/31. Poids du placenta : 800 gr.

476. — Vpare, est amenée en travail le 9 avril, à 11 heures du matin, par une sage-femme de la ville.

Les deux premières grossesses se sont terminées par accouchements normaux ; les enfants sont vivants.

3e grossesse, accouchement normal, enfant mort à 18 mois.

4e grossesse, avortement de 5 mois.

Grossesse actuelle de 7 mois environ : D. R. du 15 au 18 septembre. La femme aurait perdu de l'eau le 2 avril et aurait commencé à souffrir le 6 avril à 6 heures du soir.

A son entrée présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure ; la main droite est à la vulve. Version par manœuvres internes ; extraction de la tête difficile par résistance de l'orifice utérin. Enfant né mort et pesant 2120 gr.

Durée du travail 67 heures (?)

Délivrance par extraction simple 30 minutes après la sortie du fœtus. Membranes 27/2. Poids du placenta : 480 gr.

Le soir de l'accouchement la température monte à 38°,8 ; on soumet la femme à l'irrigation pendant 19 heures ; les jours qui suivent la température reste normale.

1000. — IIpare, 25 ans, entre en travail le 9 juillet à 8 heures du matin.

1re grossesse à terme ; accouchement normal.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 6 au 9 octobre ; deux heures avant son entrée, cette femme a perdu les eaux.

A son entrée, dilatation comme une paume de main ; présentation de l'épaule droite en dorso-antérieure avec procidence du bras droit et du cordon. Version par manœuvres internes dès la dilatation complète sous chloroforme. Extraction rapide d'un enfant de 3,830 gr. en état de mort apparente, ranimé en quelques minutes.

Délivrance par extraction simple 30 minutes après la sortie du fœtus. Membranes 28/8. Poids du placenta : 710 gr.

Suites de couches physiologiques.

1671. — Vpare, 38 ans, entre en travail, le 30 novembre à 3 h. du soir.

Les quatre premières grossesses se sont terminées par des accouchements normaux.

Cette femme arrive, ayant déjà subi en ville 2 tentatives de version par manœuvres internes par une sage-femme et par un médecin.

La main gauche pend à la vulve avec une anse de cordon de 20 centim. On tente de rentrer le cordon, et on trouve dans le vagin le bras gauche, le cordon et un pied. — Le pied est saisi, amené à la vulve ; mais le cordon suit. Battements lents et faibles. Dégagement des épaules assez difficile. Manœuvre de Champetier de Ribes pour tâcher d'extraire la tête dernière ; cette extraction étant impossible et le cordon ne battant plus, on pratique la basiotripsie sur la tête dernière. L'enfant extrait pèse 3400 gr.

Délivrance artificielle presque immédiatement après la sortie du fœtus. Poids du placenta ; 710 gr. Membrane 35/8. Température : 38°,4 le 4e jour. Injection intra-utérine. La femme sort en bon état le 10e jour.

1295. — Femme enceinte pour la troisième fois. Entrée en travail enceinte de 8 mois.

1re grossesse à terme ; acc. à l'aide du forceps.

2e acc. à terme, spontané.

A son entrée, cette femme est en travail depuis 5 heures. On sent la tête dans la fosse iliaque droite. Le foyer d'auscultation est au niveau de l'ombilic. Col dilatable comme 2 fr. Poche d'eau intacte, piriforme.

On ramène la tête vers l'excavation. Le cordon étant dans la poche, on le rétropulse, puis on pratique la rupture artificielle des membranes : le cordon retombe de nouveau et la tête est défléchie. Vains essais de rétropulsion. Les bruits du cœur sont toujours normaux. A une dilatation comme 5 fr., introduction du ballon Champetier (360 c. c. de liquide). Modification des bruits du cœur 2 h. après l'introduction du ballon. Nouvelle procidence du cordon. Cessation des battements. On extrait le ballon. La tête déplacée est ramenée de nouveau au niveau du détroit supé-

rieur et en quelques minutes, le fœtus, peu volumineux est expulsé : face cyanosée. L'enfant pèse 2100 gr. ; le placenta 550 gr. La délivrance naturelle a lieu au bout d'une demi-heure. Les suites de couches sont normales.

1093. — IIpare, 27 ans, entre en travail le 26 juillet à 8 h. 1/2 du soir. 1er accouchement, forceps sur sommet, enfant mort pendant le travail qui a duré 36 heures. Rétrécissement du bassin D. P. S. P. : 9,5.

Début du travail le 29 juillet à 7 h. du matin. Rupture des membranes artif. par un médecin en ville à 7 h. du matin.

A son entrée, on constate sous le chloroforme que la main droite et le pied gauche sont à la vulve munis de lacs sales, qui ont été placés par le médecin qui a fait des tentatives infructueuses de version en ville. Procidence du cordon. *Présentation de l'épaule droite en dorso-postérieure.* Enfant mort.

Section préalable du membre supérieur droit pour faciliter la version, puis section du cou avec les ciseaux de Dubois, basiotripsie sur la tête derrière. L'enfant du sexe féminin pèse 3010 gr. sans substance cérébrale. Délivrance artificielle immédiate. La femme est soumise à l'irrigation continue jusqu'à 11 h. du matin le lendemain ; suites de couches physiologiques ; une seule fois 38° le 4e jour.

278. — Femme enceinte pour la 6e fois, entre en travail le 1er mars.

2 acc. spont. à terme, 1 enfant mort-né à terme, 1 fausse-couche de 4 m. 1/2. 1 enfant mort-né à 8 mois.

A son entrée, cette femme présente de l'œdème considérable des membres inférieurs, les urines renferment de l'albumine (4 gr. par litre). Elle n'a pas perdu de sang, mais son utérus est très douloureux, au point même de rendre le palper impossible.

L'auscultation est nulle.

La consistance de l'organe est ligneuse, le toucher au niveau du segment inférieur donne la même sensation ; le col est long et dur, on ne sent aucune partie fœtale.

Les membranes sont extrêmement tendues, on pense à une hémorrhagie rétro-placentaire.

2 mars. La consistance ligneuse de l'utérus est en partie disparue. L'albumine diminue rapidement (0 gr. 75 c. par litre).

4 mars. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète, 2 heures après, l'embryotomie est pratiquée à l'aide des ciseaux de Dubois. Présentation de l'épaule gauche en dorso-postérieure. L'enfant pèse 2300 gr. Le placenta est expulsé spontanément au bout de 15 minutes et en même temps 550 gr. de caillots anciens. Le placenta pèse 450 gr. Il présente sur un bord une dépression causée par une hémorrhagie rétro-placentaire.

Suites de couches normales.

1196. — Secondipare, entre en travail au terme de sa grossesse. Le 1er accouchement s'es bien passé, enfant vivant à terme.

A son entrée, elle est en travail depuis 10 heures. Le fœtus se présente par l'épaule droite en dorso-postérieure. La partie fœtale est très engagée, l'évolution spontanée commencée. L'auscultation est nulle.

Introduction du crochet Ribemont et embryotomie thoracique. Dégagement de la tête et des bras après section. L'enfant pèse 2800 gr. ; le placenta 575 gr.

Délivrance artificielle immédiate.

Suites de couches normales.

1228. — (Voy. obs. détaillée, p. 99). Femme amenée de la ville. Présentation de l'épaule gauche. Enfant putréfié. Rupture utérine. Embryotomie. Délivrance artificielle. Mort de la femme.

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS

CHAPITRE I

APPLICATIONS DE FORCEPS CHEZ DES FEMMES AYANT LE BASSIN NORMAL

Ces opérations doivent être étudiées séparément : 1° chez les primipares ; 2° chez les multipares :

1° *Primipares*. — Chez 34 primipares ayant le bassin normal, on a dû terminer l'accouchement à l'aide du forceps (tableau 13).

19 femmes étaient à terme ; 12 enceintes de 8 à 9 mois ; 3 enceintes de 7 à 8 mois.

27 femmes ont eu des suites de couches apyrétiques ; 3 (**263, 329, 1226**) ont présenté des élévations de T. ne dépassant pas 38°,5 ; chez une (**566**) la T. a atteint 39°,5 sous l'influence d'une lymphangite du sein ; chez une autre (**618**), tuberculeuse, la T. a atteint 39°,8. Le n° **1634** a eu de l'hyperthermie (40°) causée par une pneumonie. Enfin, le n° **1458** a présenté des accidents septicémiques avec frisson au 3ᵉ jour ; elle a été soumise avec succès à l'irrigation continue.

Les positions du fœtus ont été les suivantes : O. I. G. A., 9 ; O. I. G. T., 7 ; O. I. G. P., 3 ; O. I. D. A., 1 ; O. I. D. T., 6 ; O. I. D. P., 8.

Quant à la durée du temps qui s'est écoulé entre la dilatation complète et le moment de l'intervention, elle a été :

Cinq fois inférieure à une heure (15', 20', 25', 30', 50'.

Cinq fois de 2 h. à 3 h. (2 fois 2 h., 2 h. 5, 2 h. 15, 2 h. 45).

Huit fois de 3 h. à 3 h. 45.

Quatre fois de 4 h. à 5 h.

Cinq fois de 5 h. à 6 h.

Trois fois de 6 h. à 7 h.

Une fois de 7 h., une fois de 7 h. 15.

Dans un cas, le forceps a été appliqué à la dilatation presque complète. Voir résumé de l'observation 666, page 4.

Le forceps a été appliqué : 13 fois au détroit inférieur ; 14 fois dans l'excavation ; 7 fois au détroit supérieur.

TABLEAU 13. **Applications de l**

Nos d'ordre	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Présent. et position	Durée totale du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Présentation du placenta
94	?	T.	A terme	G.A.	14 h.	5 h.	Prématurée.	F. fœt.
195	?	G.	7 à 8 m.	D.P.	20 h. 40	4 h. 40	Précoce.	Id.
238	28	T.	7 à 8 m.	D.P.	31 h.	6 h.	Spont. au cours du travail.	Id.
242	?	T.	8 à 9 m.	D.P.	8 h.	2 h.	Id.	Bord.
263	22	G.	A terme.	D.T.	60 h.	30 m.	Prématurée.	F. fœt.
296	30	T.	8 à 9 m.	D.P.	19 h.	5 h. 15	Spont. au cours du travail.	?
329	24	T.	8 à 9 m.	D.T.	16 h.	3 h.	Précoce.	Bord.
395	22	T.	8 à 9 m.	D.T.	20 h.	20 m.	Artif. à D.C.	Id.
407	28	T.	A terme.	G.A.	35 h. 30	2 h. 5	Artif. à une dilat. comme 1 f.	?
412	26	T.	Id.	D.P.	37 h.	2 h. 45	Id.	F. fœt.
566	43	T.	Id.	G.T.	9 h. 15	2 h. 15	Prématurée.	F. utérine.
605	32	T.	8 à 9 m.	G.P.	27 h.	3 h.	Spont. avant D.C.	Id.
608	20	T.	A terme.	D.P.	12 h. 55	3 h. 20	Précoce.	Id.
618	36	G.	8 à 9 m.	G.T.	31 h.	7 h. 15	Artif. à D. presque complète.	Id.
666	32	G.	8 à 9 m.	D.T.	39 h.	?	Précoce.	Id.
807	23	T.	A terme.	D.T.	27 h. 45	3 h. 30	Spont. à D. presque complète.	Id.
825	30	T.	Id.	G.T.	21 h. 50	50 m.	Spont. avant D.C.	Id.
894	25	T.	8 à 9 m.	G.P.	53 h. 20	25 m.	Artif. au cours du travail.	Id.

imipares. — Bassin normal.

Tempé-rature	Poids du fœtus	Fœtus sorti	Lieu de l'application	Observations
N.	3550 gr.	V.	Dét. inf.	Défaut de progression de la tête après 4 h. 50 de dil. comp.
N.	2720	V.	Id.	Forceps pour résistance du coccyx et ralentissement des bruits du cœur.
N.	2720	V.	Id.	Défaut de progression de la tête.
N.	2930	V.	Excav.	Au début du travail, hémorragie assez abondante. Forceps pour défaut de rotation et modifications des bruits du cœur causées par une procidence du cordon.
o à 38°,5	3820	V.	Id.	Forceps en D. transversale. Ralentissement des bruits du cœur. Liquide vert. Femme albuminurique.
N.	2930	V.	Dét. inf.	Forceps pour modifications du rythme des bruits du cœur.
o à 38°,5	2680	V.	Excav.	Défaut de progression de la tête. Procubitus du cordon; ophtalmie double.
N.	2820	V.	Dét. sup.	Procidence du cordon. Après essais infructueux de rétropulsion, introduction du ballon Champetier, forceps, prise irrégulière en D.T. Légère paralysie faciale.
N.	4060	V.	Excav.	Défaut de progression de la tête. 1re prise irrégulière. 2e application normale.
N.	3150	V.	Dét. inf.	Forceps pour défaut de progression de la tête. Travail long.
o à 39°,5	3750	V.	Dét. sup.	Défaut de progression de la tête. Lymphangite du sein droit. Températ. maxima. 39°,5.
N.	2890	V.	Dét. inf.	Lenteur de la période d'expulsion. Modifications dans le rythme des pulsations cardiaques. Périnée œdématié, déchirure de 3 c.
N.	3420	V.	Id.	Forceps pour ralentissement des bruits du cœur. Enfant né en état de mort apparente. Ranimé.
Temp. ax. 39°,8	2500	V.	Excav.	Défaut de rotation de la tête. Elévation de température due à la tuberculose pulmonaire. Albuminurie.
N.	2900	V.	Dét. sup.	Forceps avec dilatation incomplète du col. Injection intra-utérine entre la tête du fœtus et le col utérin.
N.	3350	V.	Dét. inf.	Résistance de la vulve. Périnée œdématié. Forceps après rotation effectuée.
N.	3160	V.	Excav.	Liquide vert. Forceps pour modification des bruits du cœur. Femme albuminurique.
N.	2960	V.	Dét. inf.	Forceps nécessité par l'épuisement de la femme.

TABLEAU 13 (suite). **Application de forceps**

Nos d'ordre	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Présent. et position	Durée totale du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Présentation du placenta	Durée de la délivr.
941	38	T.	8 à 9 m.	D.P.	24 h.	3 h.	Précoce.	F. fœtale	40 m.
999	32	T.	7 à 8 m.	D.A.	12 h. 20	4 h. 40	Artif. à D.C.	Id.	55 m.
1053	23	T.	A terme.	G.P.	13 h.	5 h.	Id.	Id.	35 m.
1060	26	T.	8 à 9 m.	G.A.	21 h. 30	6 h. 35	Artif à D. presque complète.	Id.	55 m.
1103	27	T.	A terme.	D.T.	10 h. 15	3 h. 45	Prématurée.	Id.	5 m.
1148	27	T.	Id.	G.T.	39 h.	7 h.	Id.	F. fœtale	1 h. 50
1223	29	T.	Id.	G.A.	32 h.	5 h. 40	Id.	F. utérine	Immédiate.
1266	24	T.	Id.	G.T.	22 h.	5 h. 25	Spont à D.C.	Bord.	30 m.
1305	29	T.	8 à 9 m.	G.T.	19 h. 45	4 h.	Prématurée.	F. fœtale	50 m.
1306	30	T.	A terme.	G.A.	25 h.	13 h.	Artif à D. comme une paume de main.	?	40 m.
1363	20	T.	Id.	G.A.	14 h. 30	3 h. 10	Précoce.	F. utérine	Immédiate.
1366	24	T.	Id.	G.A.	24 h. 30	15 m.	Spont. à D.C.	F. fœtale	45 m.
1458	30	T.	8 à 9 m.	G.A.	18 h.	4 h.	Id.	Id.	30 m.
1500	20	T.	A terme.	D.P.	17 h.	6 h.	Id.	?	2 h.
1634	22	T.	Id.	G.T.	25 h.	4 h. 5	Précoce.	F. fœtale	45 m.
1827	22	T.	Id.	G.A.	13 h. 35	2 h.	Spont. à D.C.	?	30 m.

... primipares. — Bassin normal.

...su-on ... ab.	Tempé-rature	Poids du fœtus	Fœtus sorti	Lieu de l'application	Observations
12	N.	2650 gr.	V.	Excav.	Albuminurique. Rotation non effectuée, liquide amniotique vert.
8	N	1730	Né M.	Id.	Défaut de rotation, les bruits du cœur sont modifiés. Forceps en oblique. Enfant extrait mort.
12	N.	4200	V.	Id.	Défaut de progression de la tête.
2	N.	2930	V.	Dét. inf.	Résistance du bassin mou.
5	N.	3790	V.	Id.	Défaut de progression de la tête.
6	N.	3600	V.	Dét. sup.	Défaut de rotation. Modificat. des bruits du cœur.
6	N.	3450	Né M.	Excav.	Les bruits du cœur se modifient brusquement, 94 pulsations. Appl. rapide du forceps. Enfant extrait mort.
10	38° à 38°,5	3450	V.	Dét. inf.	Forceps pour résistance du bassin mou.
5	N.	2700	Mort, 3 jours après la naissance.	Dét. sup.	Défaut de rotation. Forceps. Dégag. en O. sacrée.
2	N.	4050	V.	Excav.	Forceps pour défaut de progression de la tête.
5	N.	3560	V.	Dét. sup.	Forceps pour ralentissement des bruits du cœur.
5	N.	3550	V.	Excav.	Modifications dans la circulation fœtale.
16	Temp. maxi. 40°	2550	V.	Dét. inf.	Forceps pour modification des bruits du cœur. Liquide vert. Frisson au 3e jour. Irrigation.
?	N.	3500	V.	Excav.	Forceps dans l'excavat. Défaut de rotation.
10	39° à 40°	3350	V	Dét. sup.	Tête mal fléchie. Œdème de la lèvre ant. Ralentissement des bruits du cœur. T. max. 40°. Pneumonie.
14	N.	3610	V.	Excav.	Tête inclinée sur le pariétal droit. Céphalématome au 5e jour.

TABLEAU 14. **Forceps chez les** [illegible]

Nos	Age	Parité	Entrée	Accouchements antérieurs.	Terme de la grossesse	Présent. et position	Durée totale du travail	Durée de l'expulsion	[illegible]
155	33 ans	4	T.	3 acc. ant. à terme; le 2e terminé par application de forceps.	A terme.	G.A.	5 h. 10	?	[illegible]
467	37 ans	2	G.	1er avort. de 4 m. 1/2.	Id.	G.T.	42 h. 50	15 m.	[illegible]
470	27 ans	5	T.	4 acc. ant. spont. et à terme.	8 à 9 m.	G.A.	5 h. 45	5 m.	[illegible]
782	27 ans	4	T.	1 acc. à 7 m. 1/2. 1 à 6 m. 1 avort. de 3 mois.	Id.	D.T.	9 h.	2 h.	[illegible]
922	26 ans	2	G.	Avort. de 6 semaines.	Id.	Id.	56 h.	3 h.	[illegible]
1157	27 ans	2	G.	1er accouch. à terme à l'aide du forceps.	A terme.	Id.	8 h. 15	15 m.	[illegible]
1709	34 ans	3	G.	2 acc. ant. spont. et à terme.	Id.	G.T.	5 h. 30	55 m.	[illegible]

normal.

…on	Délivrance		Mensuration des memb.	Températ.	Fœtus né	Poids du fœtus	Observations
	Durée	Mode					
e.	35 m.	Nat.	29/6	38°,1 au 3e jour.	V.	3770 gr.	Forceps au dét. inf., rotation faite. Temp. maxima, 38°,1 au 3e jour. Irrig. continue.
	45 m.	Id.	?	Normale.	Id.	3210	Tête mal fléchie. Œdème de la lèvre ant. du col. Défaut de progression de la tête.
	10 m.	Artif.	?	Id.	Id.	2420	Forceps aussitôt dilatation complète pour hémorr. grave liée à l'ins. vic. du placenta. Tête au-dessus du détroit sup.
	15 m.	Nat.	37/8	39° le 1er jour.	Id.	2980	Tête mal fléchie. Forceps au détroit supérieur. Dégagement en occ.-sacrée. Temp. 39° le 1er jour. Irrig. cont.
.	35 m.	Id.	?	Normale.	V. M. 3 j. après	2750	Défaut de progression de la tête. Défaut de rotation et modification des bruits du cœur du fœtus. Forceps dans l'excavation. Enfant né étonné, ranimé rapidement.
	40 m.	Spont.	31/3	Id.	V. M. 17 j. après	3840	Ralentissement des bruits du cœur. Liquide amniotique vert. Forceps dans l'excavation. L'enfant présente sur la région sacrée un spina-bifida. On l'opère 10 jours après sa naissance. Mort 7 jours après l'opération.
	20 m.	Nat.	27/3	Id.	V.	3300	Forceps pour ralentissement des bruits du cœur.

TABLEAU 15. **Forceps chez les primi**

Nos	Age	Entrée	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée totale du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	Présentation du placenta	Du de délir
82	24	T.	8 à 9 m.	G.T.	31 h.	2 h. 45	Précoce.	F. fœtale	30
88	?	T.	9 m.	G.T.	13 h. 10	25 m. de traction.	Id.	Id.	35
301	21	T.	9 m.	G.T.	37 h.	8 h.	Sp. à D.C.	Id.	35
372	26	T.	9 m.	G.T.	39 h.	?	Artif. à une dilatation comme 5 fr.	Id.	1
567	27	T.	9 m.	G.T.	16 h. 25	4 h.	Sp. à D.C.	Id.	45
798 (1)	18	T.	A terme.	G.T.	?	2 h. 35	Précoce.	?	2
900	20	T.	8 à 9 m.	D.T.	22 h.	1 h.	Sp. à D.C.	F. fœtale	3
1048	20	G.	A terme.	G.T.	23 h.	5 h.	Précoce.	Id.	1
1090	24	T.	Id.	G.T.	13 h.	4 h. 30	Artif. à D.C.	Id.	1
1347	24	G.	Id.	D.A.	11 h. 25	55 m.	Prémat.	Id.	3
1544	33	T.	Id.	D.P.	25 h.	5 h. 30	Précoce au début du travail.	?	2
1548	37	G.	Id.	G.T.	11 h. 30	5 h. 30	Artif. à D.C.	F. fœtale	1
1608	20	T.	Id.	D.T.	24 h.	3 h. 40	Spont. au cours du travail.	Id.	4
1617	36	T.	Id.	D.T.	36 h.	15 m.	Id.	Id.	1

(1) Ne doit pas être comptée parmi les forceps, étant déjà portée aux présentations de la face.

sins viciés.

s … nce	Mensuration des memb.	Température	Poids du fœtus	Fœtus sorti	Lieu de l'application	Bassin	Observations
	32/13	N.	2820	V.	Excavat.	Un peu rétréci.	Défaut de rotation et ralentissement des bruits du cœur. Cordon pincé dans la cuiller de la branche antér. du forceps. Enf. né en état de mort apparente. Ranimé.
	30/5	Températ. maxima 38°,5 à 39° le 3e jour.	3180	Mort quelq. heures apr. sa naiss.	Détr. sup.	Double luxation coxo-fémorale congénitale. Face ant. du sacrum access.	Défaut d'engagement. Craquement au moment où la tête descend. Enfant ranimé après 3 h. d'insuffl. Mort de convulsions. Hémorrhagie méningée.
	?	N.	3210	V.	Id.	Bassin canaliculé D.P.S.P. 11c.	Défaut de progression et de rotation de la tête. Forceps 8 h. après la dilatation complète. Liquide vert au moment de la rupture.
	23/9	Températ. maxima 38°,7 au 5e jour. Utérus doulour.	3650	V.	Id.	Bassin un peu rétréci.	Dilatation stationnaire après 39 h. de travail. Orifice largement dilatable. Forceps avec tractions lentes pour faire la dilatation progressive de l'orifice. Liquide vert à la rupture des membranes.
	33/15	N.	3380	V.	Excavat.	Bassin canaliculé. Prom. access.	Faiblesse des contractions utérines. Forceps 5 h. après D.C.
	29/1	N.	3810	V.	Détr. sup.	Promont. et face ant. du sacrum accessibles.	Pour présentation de la face en variété frontale. Défaut de progression de la tête.
	19/4	N.	2850	Né mort.	Excavat.	Face ant. du sacrum accessible.	Procidence du cordon. Enf. extrait mort. Rigidité cadavérique.
	?	N.	3700	V.	Détr. sup.	Prom. access.	Version par manœuvres externes pendant la grossesse. Défaut d'engagement de la tête.
	28/10	N.	3000	V.	Id.	Bass. canalic. D.P.S.P. 10,2.	Défaut de progression de la tête. Forceps 4 h. 30 après D.C.
	25/6	N.	2180	V.	Excavat.	Prom. et face ant. du sacrum accessibles.	Modification des bruits du cœur.
	31/6	1 fois 40°,2 le 15e jour.	3850	V.	Id.	Prom. saillant.	Tête très déformée par le travail. Déchir. complète du périnée.
	30/10	N.	2980	V.	Id.	Diam. P.S.P. 10,5.	Albuminurie. Modification de la circulation fœtale.
	39/2	N.	3790	V.	Détr. sup.	Aplati du côté gauche.	Défaut d'engagement. Modification des bruits du cœur.
	27/3	38° à 38°,5	3020	Mort.	Id.	Diam. P.S.P. 11,5.	L'enf. fit quelq. inspirations. Mort au bout de 30 minutes. Fracture du temporal. Déchirure incomplète du périnée.

TABLEAU 16. **Application de forceps chez les multipar**

N^os d'ordre	Age	Parité	Entrée	Accouchements antérieurs	Rétrécissement du bassin	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée totale du travail	D l'exp
568	26	2	G.	1er acc. à terme terminé par une applic. de forceps. Enf. mort pend. le travail.	Bass. un peu rétréci.	A terme	G.T.	6 h. 30	2 l
720	26	2	G.	1er acc. à terme spont.	Diam. P.S.P. 10,8 Face ant. du sacr. access.	Id.	G.T.	21 h.	4
774	35	9	G.	6 acc. à terme, spont. 7e acc. à 7 mois spont. 8e à terme terminé par applic. de forceps.	Diam. P.S.P. 10,2	Id.	G.T.	7 h. 30	5
812	28	2	G.	1er acc. spont. à terme. Enf. vivant.	Diam. P.S.P. 10,3	Id.	G.T.	22 h.	1 h
1155	36	2	G.	Acc. spont. à terme en 1887 à Lariboisière. Enf. viv.	Diam. P.S.P. 9,2 Promontoire bas.	Id.	G.T.	33 h.	
1406	20	2	T.	1er acc. à 8 mois. Forc. Enf. mort à 6 mois.	Bassin vicié.	7 à 8 m.	G.A.	20 h.	1 h

ins viciés.

ıre ınes	Présentation du placenta	Durée de la délivrance	Mode de délivrance	Mensuration des memb.	Température	Fœtus né et sorti.	Poids du fœtus	Observations.
D.C.	F. fœt.	1 h. 10	Nat.	23/3	N.	V.	3550 gr.	Arrêt des contractions utérines. Modification des bruits du cœur, après 2 heures 1/4 de D.C. Forceps dans l'excavation.
D.C.	Id.	25 m.	Id.	21/9	N.	V.	4040	Forc. au dét. sup. pour défaut d'engagement de la tête après 4 h. de D.C. L'enfant présente un léger enfoncement du pariétal antérieur. Ranimé.
:ours du il.	Id.	35 m.	Id.	30/12	N.	V.	3600	Forc. dans l'excavation pour modification des bruits du cœur. Liquide amniotique vert.
D.C.	F. utér.	40 m.	Id.	?	N.	Né en état de mort apparente. Ranim.	3400	Forc. au dét. sup. pour défaut de progression de la tête. Ralentissement des bruits du cœur. Liquide amniotique devient vert pendant la période d'expulsion.
ne dil. 2 fr.	F. fœt.	40 m.	Id.	?	N.	M.	3260	Tête inclinée sur le pariétal ant. Cessation subite des bruits du cœur. Fracture du pariétal post. par le promontoire dont la trace est visible sur la peau. Forc. au détroit sup. Enfant extrait mort.
D.C.	Bord.	10 m.	Id.	30/3	N.	V.	2510	Forc. dans l'excavat. 1 h. 30 après la D.C. Hémorrhagie ap. l'expulsion du fœtus.

Quant aux indications, elles peuvent être groupées de la manière suivante, en indiquant le numéro de l'observation, le poids du fœtus et la durée de la période d'expulsion jusqu'au moment de l'intervention :

1° Défaut de progression de la partie fœtale : **94** (5 h., fœtus de 3,550 gr.) ; **407**, (15'. 4,060 gr.) ; **412** (2 h. 45, 3,150 gr.) ; **566** (2 h. 15, 3,750 gr.); **605** (3 h., 2,890 gr.) ; **807** (3 h. 30, 3,350 gr.) ; **941** (3 h., 2,650 gr.) ; **1053** (5 h., 4,200 gr.) ; **1060** (6 h. 35, 2,930 gr.) ; **1103** (3 h. 45, 3,790 gr.); **1266** (5 h. 25, 3,450 gr.); **1306** (13 h., 4,050 gr.) ; **1827** (2 h., 3,610 gr.).

2° Défaut de rotation : **618** (7 h. 15, 2,500 gr.); **999** (4 h. 40, 1,730 gr.) ; **1305** (4 h., 2,700 gr.) ; **1500** (6 h,, 3,500 gr.).

3° Modifications des bruits du cœur fœtal : **195** (4 h. 40, fœtus de 2,720 gr.); **263** (30', 3,830 gr.) ; **296** (5 h. 15, 2,930 gr.); **608** (3 h. 20, 3,420 gr.) ; **825** (50', 3,160 gr.); **1148** (7 h., 3,600 gr.); **1223** (5 h. 40, 3,450 gr.); **1363** (3 h. 10, 3,560 gr.) ; **1366** (15', 3,550 gr.) ; **1458** (4 h., 2,550 gr.) ; **1634** (3,350 gr.).

4° Dystocie causée par le col : **666** (?, 2,900 gr.).

5° Procidence du cordon : **242** (2 h., fœtus de 2,930 gr.) ; **395** (20', 2,820 gr.).

6° Procubitus du cordon : **329** (3 h., fœtus de 2,680 gr.).

7° Surmenage de la femme : **894** (53 h. 20 de travail, 25' d'expulsion, 2,960 gr.).

Sur les 34 enfants, deux ont été extraits morts (**999** et **1223**) ; sur les 32 enfants nés vivants, un (**1305**) a succombé trois jours après la naissance.

2° *Multipares.* — Sept applications de forceps ont été faites chez des multipares : chez deux d'entre elles (**155, 1157**), on avait déjà dû recourir au forceps pour l'un des accouchements antérieurs.

Deux de ces femmes (**467, 922**) doivent en réalité être considérées comme des primipares; la première n'a eu en effet antérieurement qu'un avortement de 4 mois 1/2, la seconde un avortement ovulaire de 6 semaines. Chez la première, le travail a duré 42 h. 50 et c'est cette longueur du travail s'accompagnant d'un état de souffrance de l'enfant qui a nécessité l'intervention. Chez la seconde, le travail a duré 56 heures et c'est après trois heures de période d'expulsion qu'on a dû recourir au forceps pour défaut de progression et de rotation de la tête et pour modifications des bruits du cœur.

Chez une autre femme (**470**) c'est une hémorrhagie causée par une insertion vicieuse du placenta qui a nécessité l'extraction aussitôt après la dilatation complète.

Le défaut d'engagement de la tête après deux heures de période d'expulsion a créé l'indication d'intervenir chez la femme (**782**) ; chez les deux dernières femmes, (**1157, 1709**) c'est l'état de souffrance du fœtus qui a commandé l'intervention ; les bruits du cœur se sont modifiés probablement par suite de la présence du placenta sur le segment inférieur (3/31, 3/27);

Chez cinq de ces femmes, la température a été absolument normale; deux ont présenté de l'élévation de température, l'une (**782**) a eu 39° le soir du premier jour,

l'autre 38°, le soir du troisième jour, et pour cette raison a été soumise pendant quelques heures à l'irrigation continue.

Tous ces enfants ont été extraits vivants : l'un (**922**) est mort 3 jours après sa naissance (le travail avait duré 56 heures), l'autre (**1157**) est mort 17 jours après sa naissance des suites d'un spina-bifida.

CHAPITRE II

FORCEPS CHEZ DES FEMMES AYANT LE BASSIN VICIÉ

Primipares. — Chez quatorze femmes ayant une viciation pelvienne nettement caractérisée, le forceps a été employé pour terminer l'accouchement.

Presque toutes ces femmes étaient à terme ou près du terme, sauf les femmes portant les nos **82** et **900** qui étaient enceintes de 8 à 9 mois.

Dix de ces femmes ont eu des suites de couches absolument physiologiques; chez trois autres il y a eu une ou deux fois des élévations de température ne dépassant pas 39°; une seule femme a présenté une T. de 40°,2 le 15e jour.

Huit fois la tête a été saisie par le forceps au niveau du détroit supérieur; dans six cas, la tête était arrêtée dans l'excavation.

Onze enfants sont nés et sortis vivants; un enfant (**900**) est mort au cours de l'extraction par suite d'une procidence du cordon;

Deux enfants ont été extraits vivants, mais n'ont vécu, l'un que 30 minutes, l'autre que quelques heures. Il est bien probable que si l'on avait eu recours à la symphyséotomie pour ces deux enfants, ils eussent été extraits vivants.

Multipares. — 6 femmes appartenant à cette catégorie ont subi une application de forceps : cinq de ces femmes sont entrées au cours de la grossesse, chez aucune on n'a provoqué l'accouchement. Chez toutes, les suites de couches ont été physiologiques.

Chez trois de ces femmes, on avait déjà dû avoir recours au forceps lors d'accouchements antérieurs; chez l'une d'elles (**568**) l'enfant était mort au cours du travail.

Trois fois le forceps a été appliqué alors que la tête était dans l'excavation; trois fois la tête était retenue au-dessus du détroit supérieur.

Cinq fœtus ont été extraits vivants et ont vécu; un seul (**1155**) a été extrait mort : il résulte de l'observation que la mort du fœtus a été causée par une fracture du pariétal produite au niveau du promontoire avant l'intervention finale.

CHAPITRE III

BASIOTRIPSIE

7 basiotripsies ont été pratiquées pendant l'année 1892 : *toutes les femmes* chez lesquelles on a fait cette opération étaient *en travail* lorsqu'elles sont entrées.

Chez quatre d'entre elles, le fœtus avait succombé avant l'entrée de la femme dans le service.

Dans trois cas, les enfants étaient encore vivants, mais leur vitalité plus ou moins compromise soit par une procidence du cordon (**1246**) soit par la longueur du travail et la lenteur de la période de dilatation et ils étaient morts au moment de l'intervention, *de telle sorte qu'il n'y a pas eu une seule basiotripsie pratiquée sur un enfant vivant.*

Chez la femme **581**, l'application de forceps qui a été tentée, a suffi pour compromettre tout à fait la vie du fœtus : il importe de remarquer qu'à l'époque où cette femme a été opérée dans le service, la symphyséotomie renaissait à peine et qu'il n'eût pas été sage de compromettre cette opération si utile en y ayant recours dans des cas où l'enfant souffrait déjà depuis longtemps. On peut faire les mêmes réflexions pour l'observation n° **670**.

Quant au n° **1246**, le fœtus a succombé, par suite de la procidence du cordon.

Dans un cas **957**, on s'était contenté d'abord de faire une crâniotomie pour permettre à la tête d'être expulsée plus rapidement, mais il a fallu recourir à la basiotripsie.

Cinq femmes ont eu des suites de couches physiologiques ; l'une d'elles (**670**) a eu une seule élévation de température le 4° jour, et chez une autre (**1164**) la température maxima a atteint 39°.

581. — Primipare, 28 ans, entre à la Clinique, le 27 avril, à 7 heures du matin.

D. R. du 15 au 26 août (?). Albuminurie. Bassin canaliculé.

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

Début du travail le 26 avril, à 6 heures du matin. Rupture des membranes artificielle à 8 heures du soir par une sage-femme ; dans la journée du 27, pas d'engagement de la partie fœtale. Utérus tétanisé. Orifice utérin dilaté comme une paume de main ; bruits du cœur très modifiés. Application de forceps au détroit supérieur avec tractions pendant 10 minutes de 1 h. 55 à 2 h. 5 de l'après-midi. La tête ne s'engage pas. A 2 h. 50, M. Pinard examine la femme, constate la mort du fœtus et pratique la basiotripsie. Garçon pesant 3030 gr. sans substance cérébrale. Délivrance naturelle 3/4 d'heure après. Membranes complètes 9/30. Suites de couches physiologiques.

670. — Primipare, 31 ans, entre le 12 mai à la Clinique. D. R. : fin juillet. Bassin vicié. Le travail a débuté à 1 heure du matin le 12 mai. La tête non engagée est restée défléchie au début du travail et s'est finalement amorcée en O.I.G.P. La dilatation se fait très lentement, rupture spontanée des membranes à 9 heures du soir le 13 mai. A 8 heures du matin le 14 mai, les bruits

du cœur étant ralentis et intermittents, le liquide verdâtre, on tente une application de forceps à travers l'orifice incomplètement dilaté et rigide. Cet état du col ne permet pas l'articulation de l'instrument.

Les bruits du cœur cessent. A 8 heures 1/2 du matin on broie la tête avec le basiotribe, l'extraction se fait sans difficulté. Du liquide épais, verdâtre, des gaz fétides s'échappent de l'utérus. Fille pesant 2520 sans substance cérébrale.

Délivrance par extraction simple. Membranes déchirées. Suites de couches normales sauf 38°,2 le 4e jour : injection intra-utérine.

735. — VIIIpare, 32 ans, entre le 26 mai à 2 heures de l'après-midi étant en travail.

Acc. ant. : 1er en 1883, céphalotripsie à la Maternité; 2e en 1884, forceps; 3e et 4e en 1885 et 1886, acc. provoqué à la Maternité à 7 mois 1/2, version et basiotripsie ; 5e et 6e. 7e et 8e grossesses, avortements de 4 mois à 4 mois 1/2.

D. R. du 14 au 18 septembre. Bassin canaliculé avec faux promontoire très accusé. D.P.S.P. : 8,4. A son entrée dans le service, on constate un début de travail avec une procidence du cordon, sans battements faisant issue à travers un col perméable. Pas de bruits du cœur. A 2 heures de l'après-midi dilatation de 2 fr. ; à 9 heures du soir dilatation complète, basiotripsie d'emblée, garçon pesant 2180 gr. sans substance cérébrale.

Délivrance artificielle immédiatement après l'extraction. Mensuration des membranes 6/21. Suites de couches physiologiques sauf 38°,2 le 9e jour.

957. — Primipare, 31 ans, entrée en travail à 4 h. 30 du soir. D. R. du 22 au 25 août.

Œdème des membres inférieurs pendant toute la grossesse. Rétrécissement du bassin D.P.S.P. 11,9. Cessation des mouvements actifs le 30 juin au dire de la femme. Rupture des membranes avant l'entrée de la femme dans le service. Dilatation complète à 1 h. 15 du matin le 2 juillet. Perforation du crâne à 4 h. 5 du matin, puis la tête ne progressant pas à 5 h. application du basiotribe. Délivrance artificielle immédiate : garçon pesant 3 kilog. 450 gr. *sans la substance cérébrale*. Mensuration des membranes 2/33. Le cordon est inséré sur ce bord au niveau de la rupture et mesure 102 centimètres. Suites de couches physiologiques. La mort du fœtus est due à la compression du cordon au niveau du détroit supérieur.

1631. — Primipare, 28 ans, entrée le 21 novembre à 1 h. du matin, en travail. D.R. fin janvier. Début du travail le 19 novembre. Rupture artificielle des membranes faite en ville le 20 novembre à 2 h. du matin par le médecin qui assiste la femme. Les battements du cœur ne sont plus perçus par le médecin. D'ailleurs la femme aurait cessé de percevoir les mouvements le 18; à 2 h. de l'après-midi le 20 novembre, le travail n'avançant pas, le médecin fait trois incisions sur le col et tente en vain deux applications de forceps.

A son entrée dans le service, l'état général est bon. T. 37°, P. 80, basiotripsie à 11 h. 50 du matin, à travers une dilatation incomplète. Délivrance artificielle immédiate. Albuminurie. Fille, pesant 2,480 gr. sans substance cérébrale. Suites de couches physiologiques.

1164. — V pare, 32 ans, entre le 13 août étant en travail. Acc. ant. normaux. Bassin normal. D. R. date inconnue. H. U. 37 cent. A son entrée état général mauvais. T. 38°. P. 130 f. Le travail a débuté le 12 août à 11 heures du matin : on a fait en ville la rupture artificielle des membranes, puis 4 applications de forceps infructueuses.

A son entrée, enfant mort, tête défléchie en M.I.D.T. Déchirure complète du périnée faite en ville. Basiotripsie pratiquée à 7 h. 20 du matin. Délivrance artificielle à 7 h. 30. Mensuration des membranes 6/33. Poids du fœtus (fille) 3800 gr. sans substance cérébrale. T. maxima 39° le 6e jour. Le bassin n'a pu être mesuré au moment de la sortie de la femme à cause du tissu cicatriciel du vagin.

1246. — Ipare, 25 ans, entrée en travail le 26 août, à 5 heures du soir. Rétrécissement du bassin D.P.S.P. 10 cent. Rupture des membranes prématurée à 4 h. 1/2, le 26 août. A son entrée, enfant vivant en O.I.G.T.. col en voie d'effacement; à 8 heures du soir procidence du cordon qui fait issue hors la vulve. Rétropulsion du cordon difficile. Introduction du ballon Champetier. Les bruits du cœur s'améliorent. A 4 heures du matin, dilatation complète; lorsque le ballon est expulsé le cordon sans battements apparaît à la vulve. Basiotripsie d'emblée. Enfant masculin pesant 2780 gr. sans substance cérébrale. Délivrance naturelle, 40 minutes après l'accouchement Mensuration des membranes 10/27. Insertion du cordon au niveau de la partie courte des membranes. Suites de couches physiologiques.

CHAPITRE IV

CRANIOTOMIE

La craniotomie simple a été pratiquée dans un seul cas; elle a été insuffisante dans l'observation **957** où elle a été complétée par la basiotripsie.

1429. — Ipare, 15 ans, entre en travail à 8 heures du soir le 3 octobre. D. R. fin décembre. Angle sacro-vertébral accessible. Début du travail le 3 octobre, à 7 heures du soir. A son entrée dans le service, poche des eaux rompue, liquide amniotique vert, col en voie d'effacement. Enfant mort.

Le 4 octobre à 10 heures du matin, perforation du crâne, à travers une dilatation de 5 fr.; à 10 heures du soir, la dilatation n'a pas augmenté, la tête est expulsée à travers une dilatation complète à 5 heures du matin le 4 octobre. T. 39°,1 ; physométrie : le tronc est extrait avec difficulté ; liquide putride.

Délivrance artificielle immédiate avec lavages. Accidents convulsifs à la suite de l'injection intra-utérine 2 heures après l'accouchement. Le fœtus pèse 3030 gr. Suites de couches physiologiques.

CHAPITRE V

ACCOUCHEMENTS PROVOQUÉS

Les faits d'accouchements provoqués doivent être séparés en deux groupes distincts (tableau 17), suivant que l'intervention a été pratiquée : *A*, chez les femmes ayant le bassin normal; *B*, chez des femmes ayant le bassin vicié.

A. *Femmes ayant le bassin normal.* — L'accouchement a été provoqué chez trois primipares : l'une (**196**) avait une albuminurie grave qui résistait au régime lacté. L'enfant, né vivant et pesant 1870 gr., a succombé 6 jours après la naissance.

Une autre (**506**) présentait des troubles gravido-cardiaques dus à un rétrécissement mitral : l'enfant pesant 3550 gr. a vécu. Les suites de couches ont été normales.

Chez une troisième femme (**514**), l'accouchement a été provoqué, pour ainsi dire, *in extremis* : l'enfant a succombé au cours du travail, et la femme est morte le 2e jour (voir page 97).

B. *Femmes ayant le bassin vicié.* — L'accouchement a été provoqué chez huit femmes ayant le bassin vicié. Quatre d'entre elles étaient primipares et quatre multipares.

Il importe de remarquer que sur ces huit opérations, sept ont été pratiquées dans les six premiers mois de l'année 1892 (la septième est du 6 juillet), c'est-à-dire dans les cinq mois qui ont suivi la première symphyséotomie pratiquée en France depuis de longues années.

Pendant cette période, M. Pinard qui voulait rénover la symphyséotomie en France, craignait, en laissant les femmes aller à terme, d'avoir de trop grandes difficultés pour l'extraction des fœtus ; bientôt l'expérience clinique confirma ce que lui avaient montré les expériences cadavériques, c'est-à-dire que pour la plupart des rétrécissements du bassin, la symphyséotomie était suffisante pour laisser passer un enfant à terme même volumineux.

Chez quatre de ces femmes, les suites de couches ont été physiologiques ; chez quatre autres, il y a eu des élévations de température.

Chez cinq femmes, on a terminé l'accouchement par la symphyséotomie. Dans deux cas, *le forceps a suffi pour terminer l'extraction.* Dans un cas, l'accouchement a été spontané.

Nous laisserons de côté les cinq cas où l'accouchement provoqué a été suivi de symphyséotomie, et nous ne porterons au tableau récapitulatif (page 102) que les trois cas où l'accouchement a été spontané, ou terminé à l'aide du forceps.

Ces trois enfants sont nés vivants. *L'un d'eux a succombé à la suite d'une fracture du pariétal.*

TABLEAU 17. PARTIE A. — **Accouchements prov**

N° de l'accouchement	Initiales	Accouch. antérieur: Nombre	Accouch. antérieur: Terminaison	Époque des D. règles	Diamètre P.S.P.	Age de la grossesse	Présent. et position	Ballon Tarnier	Ballon Champetier	Rupture des membranes	Dilatation complète
196	D.	O.	....	25 juin	N.	7 m. 1/2	Epaule dr. en dorso-antér.	11 h. 1/2 matin 12 février	10 h. 1/2 matin 13 février	Au moment de l'introduction.	9 h. 30 soir 13 févrie
506	B.K.	O.	....	24 juil.	N.	8 m.	Siège	10 h. matin 11 avril	9 h. matin 12 avril	Artificielle à D.C.	11 h. 1/2 soir 12 avril
514	M.L.	O.	....	5 août	N.	8 m.	Id.	....	10 h. matin 14 avril	Au moment de l'introduction.	10 h. 20 soir 14 avril

PARTIE B. — **Accouchements**

N° de l'accouchement	Initiales	Accouch. antérieur: Nombre	Accouch. antérieur: Terminaison	Époque des D. règles	Diamètre P.S.P.	Age de la grossesse	Présent. et position	Ballon Tarnier	Ballon Champetier	Rupture des membranes	Dilatation complète
150	E.B.	2	Présentation de l'épaule gauche en dorso-antér. Embryotomie rachidienne et basiotripsie sur tête dern.	6 mai	9,7	9 m. app.	Épaule droite A.I.G.	....	7 h. 1/2 soir 4 février	?	?
384	S.P.		V. Symphyséotomie	2 juill.	9	8 m. 1/2	G.A.	10 h. 50 matin 21 mars	5 h. matin 23 mars	Art. à D.C.	11 h. mat. 23 mars
609	F.R.	2	V. Symphyséotomie	5 août	9.8	8 m. 1/2	G.T.	....	5 h. 40 matin 3 mai	Id.	10 1/2 matin 3 mai
1673	J.B.	1	Travail long, enfant venu par la face mort à 9 jours.	16-22 f.	Bassin canaliculé.	9 m.	D.T.	Petit ball. Champetier 10 h. 30 matin 30 nov.	Gros ball. 6 h. 15 soir 30 nov.	?	?
536	J.L.	O.	....	17 juil.	10,7	9 m.	D.A.	....	10 h. 1/2 matin 19 avril	Au moment de l'introduct.	2 h. 30 soir 19 avril
706	A.C.	O.	....	7 sept.	Bassin asymétrique.	8 m. 1/2	G.T.	midi 20 mai	11 h. 12 matin 21 mai	Art. à D.C.	2 h. 10 soir
939	M.F.	O.	....	12 oct.	9 c.	7 m. 1/2	G.T.	10 h. mat. 28 juin	5 h. 1/2 matin 29 juin	Au moment de l'introduct.	9 h. 5 soir 29 juin
993	A.	O.	....	30 sep.	10,4	9 m.	G.T.	10 h. mat. 6 juillet	4 h. mat. 7 juillet	Art. à D.C.	10 h. 50 matin

…femmes ayant le bassin normal.

…de terminaison		Fœtus				Diamètre de la tête					Suites de couches	Observations
Spontanée	Artificielle	Sexe	État à la nais.	Poids	État à la sortie	O.M.	O.F.	S.B.	B.P.	B.T.		
......	Version interne	M.	Vivant	1870 g.	Mort 19 février 1510 g.	11,3	10,2	9,9	8,2	7,4	N.	Accouchement provoqué pour albuminurie persistante (2 gr.).
......	Extraction	F.	Id.	3550 g.	Vivant 30 avril 3560 g.	13,5	12	10,5	10,1	8	N.	Accouchement provoqué pour rétrécissement mitral. Hémoptysies. Albumine.
......	Id.	Id.	Mort	1395 g.	....	10	9	8	7	6,5	Path.	Femme albuminurique (10 grs). Cardiaque. Morte le 2e jour.

…rétrécissement du bassin.

......	Symphys. et Version interne	M.	Vivant	3350 g.	6 février Mort	13,3	11,2	10,5	9,8	7,3	N.	Symphyséotomie. Faux promontoire. Promontoire très élevé. Enfant mort à la suite de l'enfoncement du pariétal postérieur
......	Symphys. et forceps	M.	Id.	2730 g.	24 mai Vivant 3750 g.	12,7	11,8	10,4	7	7,9	N.	Symphyséotomie. Femme rachitique.
.....	Symphys. et forceps	M.	Id.	2130 g.	5 mai Mort 1950 g.	12,4	11,1	9,3	8,2	7,5	Path.	Symphyséotomie.
Spont.	....	M	Id.	3500 g.	18 déc. Vivant 3400 g.	13,3	12,5	10	9,3	8,6	Path.	Bas. canaliculé. Angle très élevé. Après l'expulsion du ballon, tentative infructueuse d'application de forceps faisant penser à l'opportunité d'une symphyséotomie. Peu de temps après, engagement de la tête et expulsion du fœtus.
......	Forc.	M.	Id.	3070 g.	29 avril Vivant 3030 g.	12,2	11	10	9	8	N.	Bas. asymétrique. Faux promontoire, 9,7. Procidence du cordon.
......	Id.	M.	Id.	2320 g.	Mort quelques heures ap. naissance.	14,8	13.6	14,7	9,6	7,5	N.	Bassin coxalgique. Rotation au-dessus du détroit supér[r] à l'aide du forceps. Enfoncement et fracture du pariétal antérieur.
......	Symphys et forceps	M.	Id.	2720 g.	2 sept. Vivant 4140 g.	13	11	10	9,4	8,2	Path.	Symphyséotomie : 5e et 8e jours température de 39°.
......	Id.	M.	Id.	3390 g.	2 sept. Vivant 4340 g.	13	12,2	11	10	9	Path.	Symphyséotomie. Plusieurs élévations de température.

CHAPITRE VI

SYMPHYSÉOTOMIE

C'est le 4 février 1892 que le professeur Pinard a pratiqué la première symphyséotomie faite en France depuis de longues années.

13 femmes ont subi cette opération au cours de l'année; nous ne pouvons mieux faire que de rapporter les observations publiées par le professeur Pinard dans sa leçon sur la symphyséotomie pendant l'année 1892 à la Clinique Baudelocque. (*Annales de gynécologie*, décembre 1892.)

150. — 4 février 1892 (PINARD). — Femme B..., 32 ans, secondipare. Bassin canaliculé; diam. promonto-sous-pubien, 9,7.

1er *accouchement* : 13 juillet 1886, à terme (Maternité).

Présentation de l'épaule; procidence du cordon, enfant mort et macéré. Embryotomie rachidienne par M. Ribemont-Dessaignes avec l'embryotome de Tarnier. La tête ne put être extraite qu'après basiotripsie. Cette femme est sortie 32 jours après.

Grossesse actuelle : dernières règles du 1er au 6 mai 1891.

Le 3 février. Le fond de l'utérus remonte à 36 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Hydropisie de l'amnios; fœtus mobile ayant tendance à se présenter par le siège; paraissant volumineux. Le palper mensurateur accuse une disproportion considérable.

Introduction d'emblée du ballon Champetier à 7 heures 1/2 du soir, le 3 février. A minuit 1/4, la dilatation est complète et l'expulsion du ballon est imminente.

A minuit 30, chloroforme; extraction du ballon; la poche des eaux est intacte. On tente à plusieurs reprises, mais sans succès, de ramener en bas, par manœuvres externes, la tête du fœtus qui se présente par le siège en droite transversale.

M. Pinard se décide alors à faire l'extraction par les pieds après symphyséotomie préalable. A minuit 50, commencement de l'incision. Après symphyséotomie, écartement spontané de 1 centim.

A 1 heure 15, rupture artificielle des membranes et commencement de l'extraction; à 1 heure 20, le siège est hors de la vulve; à 1 heure 24, extraction de la tête par la manœuvre de Champetier, extraction difficile, accompagnée de deux ressauts dont le dernier est le plus marqué. L'écartement n'a pas été mesuré. Délivrance.

A 1 heure 45, la suture est faite et le pansement fixé par une ceinture plâtrée. L'enfant pèse 3350 grammes et mesure 52 cent.

Il est en état de mort apparente, mais ne tarde pas à être ranimé par simples frictions et à crier.

Enfoncement du pariétal postérieur, le droit, siégeant au lieu d'élection, profond et tel que tandis que le diamètre bipariétal mesure 9 cent. 8, le diamètre qui va du fond de la dépression à la bosse pariétale antérieure mesure 8 cent. 9 seulement.

Enfant mort le 6 février à 6 heures du soir (3e jour) ayant présenté les symptômes classiques de l'hémorrhagie méningée. Tête conservée au Musée.

Suites de couches normales; une seule fois, le 5e jour, la température a atteint 38°,2. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 22 février (21e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

249. — 22 février 1892 (Pinard). — Femme G..., primipare. Bassin aplati, promontoire accessible (Pinard).

Dernières règles du 10 au 12 mai 1892. A terme.

Entrée à Baudelocque à 9 h. 1/4 du soir, le 24 février, la dilatation étant comme 1 franc ; membranes intactes, tendues.

Le fond de l'utérus remonte à 47 cent. au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

Gros œuf. Présentation du sommet non engagé en gauche transversale. Enfant vivant.

Rupture artificielle des membranes à 10 h. 1/4 du soir, le 24 février; 400 grammes de liquide.

Dilatation complète à 4 h. 1/2 du matin, le 25 février. La tête est fixée, mais non engagée.

A 7 h. 1/2 du matin, l'engagement ne se faisant pas malgré de bonnes contractions. M. Lepage, répétiteur, fait sous le chloroforme une première application de forceps. Tractions pendant 15 minutes sans résultat.

A 8 h. 4, seconde application de forceps. Tractions pendant 3 minutes seulement; aucun progrès.

M. Pinard prévenu arrive à 9 h. 1/2. Chloroforme.

Symphyséotomie (19 minutes) donnant immédiatement après la section et spontanément un écartement de 1 cent., que l'abduction des cuisses porte sans difficulté à 3 centimètres.

3° Application de forceps et extraction extrêmement facile en 4 minutes, d'un garçon vivant de 4630 grammes, mesurant 53 c. 1/2 et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	14c,3.	S.O.F.	11c,3.
O.F.	12c,7.	*Bipariétal*	9c,3.
S.O.B.	10c.	Bitemporal	8c,7.

Pendant l'engagement et la descente de la tête l'écartement du pubis a été porté à 6 cent. 1.

L'enfant pèse le 15 mars, 5970 gr.

Suites de couches normales ; 4 fois seulement, les 3e, 5e, 10e et 14e jour, la température a atteint 38°. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 30 mars (33e jour) et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Enfant vivant et bien portant, actuellement en nourrice.

384. — 23 mars 1892 (Pinard). — Femme P..., 30 ans, IVpare. Bassin annelé. Diam. prom.-sous-pub. 9c.

1er *accouchement*, en 1887 (Maternité de Lyon), à terme. Intervention après éthérisation. Enfant mort-né.

2e *accouchement*, en 1888 (Maternité de Lyon), provoqué à 8 mois. Enfant mort le 3e jour.

3e *accouchement*, en avril 1890 (Charité de Lyon), à terme. Application de forceps faite par M. Fochier qui put extraire un garçon pesant 3220 gr., mais dont le diamètre bipariétal ne mesurait que 7 centim. (1). Mort au bout de 15 jours, en nourrice.

4e *accouchement*, 23 mars 1892 (Clinique Baudelocque). Dernières règles du 30 juin au 2 juillet 1891. Le fond de l'utérus remonte à 36c au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T. (après version externe et ceinture).

Introduction du ballon Tarnier le 21 mars à 10 h. 50 du matin ; expulsion à 1 h. de l'après-midi.

23 mars, à 5 heures du matin, introduction du ballon Champetier.

A 11 heures du matin, dilatation complète ; extraction du ballon sous le chloroforme ; rupture des membranes.

Au bout d'une heure (midi 1/4) M. Fochier fait successivement deux applications obliques du forceps Tarnier ; puis M. Pinard fait une application directe, le tout sans succès.

(1) Observation communiquée par M. le prof. Fochier.

A midi 40. Symphyséotomie (7 minutes).

Les pubis s'écartent spontanément de 1 cent. ; par abduction des cuisses l'écartement est porté à 4 cent. 8.

A midi 50. 4e application de forceps, pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent 1/2.

1 heure. Extraction d'un garçon de 2730 grammes dont les diamètres céphaliques mesurés immédiatement après la naissance sont :

O.M.	12^{c},7.	*Bipariétal.*	9^{c},7.
O.F.	11^{c},8.	Bi T.	7^{c},9.
S.O.B.	10^{c},4.	S. M. B.	9^{c},5.
S.O.F.	10^{c},6.		

Né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé, l'enfant pèse, le 15 mars, 3000 grammes et est en parfait état.

Suites de couches normales. Réunion par 1re intention.

L'opérée se lève le 29e jour et marche sans douleurs. Pas de mobilité anormale.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

Enfant vivant et bien portant (revu le 7 décembre).

609. — 3 mai 1892 (Varnier). — Femme R..., 26 ans, IVpare. Taille 1^{m},46. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9^{c},8.

1er accouchement en 1886 (Clinique de la rue d'Assas), terminé par embryotomie après deux jours de travail.

2e accouchement en 1887 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), provoqué à 8 mois environ, terminé par version à la dilatation complète (tête avec procidence du cordon, des mains et d'un pied). Fille en état de mort apparente, ranimée sans insufflation, pesant 2400 gr., morte le lendemain.

3e accouchement en 1890 (Maternité de Tenon, service de M. Champetier de Ribes), provoqué à 8 mois, terminé par basiotripsie.

4e accouchement, 3 mai 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 3 au 5 août 1891.

Le fond de l'utérus remonte à 29 centim. au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Présentation du sommet en G. T.

Vu les antécédents, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Champetier le 3 mai à 5 heures 40 du matin ; à 10 heures 1/2 matin dilatation complète, poche intacte, sans procidence, tête en gauche transversale, non engagée.

A 11 heures 48, symphyséotomie par M. Varnier (7 minutes). Écartement spontané de deux travers de doigt (3 cent.).

Rupture artificielle des membranes et à 11 heures 48 application de forceps en gauche transversale. Extraction facile (pendant laquelle l'écartement n'augmente que d'un demi-travers de doigt) d'un garçon de 2130 gr. dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	15^{c},4	S.O.F.	9^{c},8.
O.F.	11^{c},1	*Bipariétal*	8^{c},2.
S.O.B.	9^{c},3	Bitemporal	7^{c},5.

Né en état de mort apparente, mais ranimé en 2 minutes sans insufflation, cet enfant paraît chétif. Il est mis dans une couveuse à 36°. La respiration se fait mal pendant toute la journée du 3. Cyanose. Ne tette pas, mais prend et garde le lait qu'on lui donne à la cuillère.

4 mai. Même état. Respiration accélérée ; la cyanose persiste. Le lait est rejeté.

Mort le 5, à 6 heures du matin.

Autopsie faite à 6 heures du soir. Poids du cadavre, 1950 gr. Tous les viscères paraissent sains

La tête a été préparée par Tramond et est conservée au Musée. Aucune fracture ou fissure. Os wormiens.

Suites de couches pathologiques ; abcès de la grande lèvre gauche, incisé et drainé le 17e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la réunion s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 26e jour et marche sans douleur ; sortie le 23 juin en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

752. — 29 mai 1892 (Pinard). — Femme A..., 38 ans, VIpare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,3.

1er accouchement en 1885 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'enfant vivant après 73 heures de travail et une application de forceps faite par M. Pinard. Poids de l'enfant, 3 kil. 520 gr.

2e accouchement en 1887 (Clinique de la rue d'Assas, M. Pinard), provoqué à 7 mois 1/2. Enfant mort pendant le travail.

3e accouchement en 1888 (Maternité de Lariboisière, M. Pinard), provoqué à 7 mois, terminé par une application de forceps au détroit supérieur. Garçon de 2200 gr., mort dans la nuit. Bipariétal 8,6.

4e et 5e grossesses (1890 et 1891), avortements de 2 mois 1/2 et 3 mois.

4e accouchement, 29 mai 1892, à la Clinique Baudelocque.

Dernières règles du 14 au 17 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Vu les antécédents, M. Pinard décide d'attendre le terme et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Début du travail le 28 mai à 5 heures du matin (rupture prématurée des membranes) ; dilatation complète le 29 à 6 heures du matin.

A 10 h. 10, symphyséotomie par M. Pinard (10 minutes). Écartement spontané de 2c,5.

A 10 h. 38, application des forceps en gauche transversale. Extraction facile à 10 h. 40 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3110 gr., criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,2	D.O.F.	10c
O.F.	11c,5	B.P.	9c,1
S.O.B.	10c	B.T.	8c,2

Allaité par sa mère d'abord aidée par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie le 31e jour 3850 gr.

Suites de couches normales ; 2 fois seulement 38°, le 2e et le 7e jour. Réunion par première intention.

Se lève sans autorisation le 16e jour sans éprouver aucune gêne ; sortie le 30 juin (31e jour) en parfait état.

Revue le 8 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction. L'enfant est bien portant (revu le même jour).

939. — 29 juin 1892 (Pinard). — M. F..., primipare. Taille 1 m. 35. Bassin généralement rétréci. Diam. prom.-sous-pubien : 9 centim.

Dernières règles du 9 au 12 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 28 juin 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, la mensuration du promonto-sous-pubien et l'exploration de la totalité du bassin, M. Pinard décide de provoquer l'accouchement et de pratiquer la symphyséotomie avant toute tentative d'extraction.

Introduction du ballon Tarnier, le 28 à 10 h. 1/2 du matin ; du ballon Champetier à 5 h. 1/2 du matin, le 29 (rupture des membranes).

Dilatation complète à 9 h. du soir : l'extraction du ballon entraîne une déchirure latérale gauche du vestibule nécessitant l'application de 2 pinces à forcipressure.

A 9 h. 15, symphyséotomie par M. Pinard (3 minutes) ; écartement de 3 cent. 5.

A 9 h. 24, application de forceps en G. T., et extraction facile à 9 h. 42 (pendant laquelle l'écartement est porté à 6 cent. 2) d'un garçon de 2720 gr., criant de suite, et dont les diamètres céphaliques sont :

O. M. 13c	S. O. F. 10c,3
O. F. 11c	*Bipariétal* 9c,4
S. O. B. 10c	Bitemporal 8c,2

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15e jour, 4000 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 20e jour (27 juillet), et marche sans douleurs et sans difficultés. Actuellement elle est infirmière dans le service. L'enfant, revu le 7 décembre 1892, est bien portant.

993. — 7 juillet 1892 [(Pinard). — A..., 23 ans, primipare. Taille 1m,42. Bassin annelé. Diamètre promonto sous-pubien 10,4.

Dernières règles du 25 au 30 septembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Le 6 juillet 1892, vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard provoque l'accouchement à l'aide du ballon Tarnier remplacé le 7 juillet à 4 heures, du matin, par le ballon Champetier.

Dilatation complète à 10 heures 1/4 du matin le 7 juillet.

A 10 h. 40, après exploration manuelle, symphyséotomie par M. Pinard (7 minutes). Écartement spontané de 1 centim.

A 10 heures 51, rupture artificielle des membranes et application du forceps en G. T. ; extraction à 11 heures 4 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 centim.), grâce à une deuxième application de forceps, la première menaçant de déraper, d'un garçon de 3300 gr., dont les diamètres céphaliques sont :

O. M. 13c	S. O. F. 12c
O. F. 12c,2	*Bipariétal* 10c
S. O. B. 11c	Bitemporal 9c.

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4,340 gr.

Suites de couches légèrement pathologiques (oscillations autour de 38°,5 pendant les 7 premiers jours). Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 24e jour ; marche sans douleurs.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche et de la miction. L'enfant est bien portant (en nourrice).

1104. — 30 juillet 1892 (Lepage). — M. M..., 26 ans, secondipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1887 (hospice d'Amiens), à terme spontané, d'un enfant volumineux (?) actuellement vivant et bien portant.

2e accouchement. 30 juillet 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 1er au 5 octobre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

A l'arrivée dans le service, le 30 juillet à 4 h. 44 du matin, la dilatation est presque complète ; le travail a débuté le 29 à 11 h. du soir, les membranes sont intactes.

A 6 h. 45 du matin, rupture artificielle des membranes.

A 7 heures, M. Lepage, répétiteur, constate : dilatation complète, tête très élevée en G. T. ; liquide vert, procubitus du cordon, bruits du cœur sourds et irréguliers.

Après une explication de forceps restée infructueuse (20 minutes de tractions). M. Lepage prévient M. Pinard qui lui fait faire la symphyséotomie, à 10 heures (13 minutes) ; section de la symphyse de bas en haut. Écartement spontané de 26 millim.

Application de forceps et extraction facile à 10 h. 18 (extraction pendant laquelle l'écartement a été porté à 5 centim.) d'un garçon de 4000 gr., né en état de mort apparente, insufflé, ranimé, 10 minutes après et dont les diamètres céphaliques sont :

O. M.	13c,1	S. O. E.	11c,3
O. F.	11c,5	*Bipariétal*	9c,5
S. O. B.	9c,8	Bitemporel	8c,7

Allaité par une nourrice, l'enfant pèse à sa sortie, le 2 septembre, 4090 gr.

Suites de couches pathologiques. Abcès de la grande lèvre droite, incisé et drainé le 10e jour, sans connexion avec la plaie opératoire dont la guérison s'est faite par première intention.

L'opérée se lève le 30e jour. Sort le 5 novembre en parfait état. Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

1326. — 13 septembre 1892 (Varnier). — Femme B..., secondipare. Taille 1m,39. Bassin rachitique annelé.

Diamètre promonto-sous-pubien, 9c,2.

1er accouchement en 1889 (Maternité de Lariboisière, service de M. Pinard), à terme, terminé par basiotripsie de l'enfant mort. Femme apportée en brancard, dilatation complète membranes rompues, procidence du cordon et du bras antérieur. Tête non engagée en G. T. M. Varnier dut faire deux broiements ; l'extraction ne devint néanmoins possible qu'après rétropulsion du bras antérieur et il a fallu pratiquer la manœuvre de Ribemont pour extraire le tronc. Poids de l'enfant, 3350 grammes.

2e accouchement, 13 septembre 1892 (Clinique Baudeloque).

Dernières règles du 10 au 15 décembre 1891.

A l'entrée dans le service, le 26 juillet, grossesse de 7 mois environ. Enfant vivant, sans présentation fixe ; la tête est maintenue en bas à l'aide de la ceinture eutocique à partir du 15 août. Dès ce moment le palper mensurateur montre qu'il y a disproportion.

M. Pinard partant en vacances laisse à M. Varnier le soin de fixer la date à laquelle sera pratiquée la symphyséotomie ; M. Varnier décide d'attendre le terme.

Début du travail le 12 septembre 1892, à 7 heures du soir.

La dilatation est complète le 13, à 5 heures 40 du soir.

A 5 heures 40, symphyséotomie par M. Varnier (6 minutes). Écartement de 3 cent. 5 provoqué par abduction des cuisses. A ce moment, rupture spontanée des membranes.

A 5 heures 49, application de forceps en G. T. Extraction à 5 heures 45 (pendant laquelle l'écartement est porté à 7 centim.) d'un garçon de 3200 gr., criant de suite et dont les diamètres céphaliques sont :

O. M.	12c,5	Bitemporal	8c,5
S. O. B.	9c,8	Circonf. S. O. B.	34c
S. O. F.	11c,4	— S. O. F.	34c
Bipariétal	9c,8		

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse 3630 gr. à sa sortie le 16 octobre.

Suites de couches : 3 fois seulement les 3e, 4e, 5e jours la température a atteint 38°,5. Réunion par première intention. L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et sans douleurs.

Et cependant il faut noter que, au cours de l'extraction, il s'était produit, à gauche de l'urèthre, intact ainsi que le montra le cathétérisme, une déchirure longitudinale de la paroi antérieure du vagin permettant de conduire, par le vagin, l'index entre les pubis écartés. La plaie opératoire communiquait avec le vagin qui fut tamponné à la gaze iodoformée laissée en place pendant 3 jours.

Sort en parfait état le 16 octobre. Pas de mobilité anormale, pas de troubles de la miction ni de la marche; cicatrice vaginale nettement perceptible au toucher, non douloureuse.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (revu le même jour).

1409. — 1er octobre 1892 (Pinard). — A. F..., 25 ans, secondipare; bassin plat. Diamètre promonto-sous-pubien 10 cent.

1er accouchement en 1891 (Clinique Baudelocque). Albuminurie et éclampsie.

Accouchement gémellaire. Extraction par les pieds. Enfants vivants, morts l'un à 14 jours, l'autre à 4 mois pesant l'un 2300 gr. (bipariétal 8c,5), l'autre 1980 gr. (bipariétal 8c,4).

2e accouchement, 1er octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 15 au 18 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en gauche transversale.

Début du travail le 29 septembre à 7 heures du soir. A 9 heures du soir, le 1er octobre, la dilatation restant stationnaire depuis 12 heures (5 francs), les membranes étant rompues, la tête nullement engagée, très inclinée sur le pariétal postérieur, intermédiaire à la flexion et à l'extension, M. Varnier applique un ballon Champetier et, lorsque la dilatation est complète, après extraction du ballon distendu au maximum, fait une application de forceps en gauche transversale qui ne fait qu'accuser la déflexion. Il fait alors une deuxième application de flexion (forceps à l'envers); la flexion est obtenue, mais malgré de solides tractions, l'engagement ne se produit pas. Ne voulant pas faire une application de force, M. Varnier va chercher M. Pinard qui, à 10 h. 50, les choses étant toujours au même point, pratique la symphyséotomie (12 minutes).

Écartement immédiat de 3 centimètres.

A 11 h. 9, application de forceps en gauche transversale et extraction facile (pendant laquelle l'écartement est porté à 4c,5) d'un garçon de 3220 grammes, criant de suite, dont les diamètres céphaliques sont :

S.O.B.	9c,3	Bitemporal	7c,8
S.O.F.	10c,6	Circonf. S.O.B.	31c
Bipariétal	9c	— S.O.F.	32c

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, 3420 gr.

Suites de couches normales. Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 19e jour, marche seule et très bien; sort le 6 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

1436. — 6 octobre 1892 (Pinard). — A. B..., 28 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10 cent.

1er accouchement en 1889 (Maternité), à terme, terminé par une application de forceps. L'enfant a succombé le 27e jour, de convulsions, portant encore les traces de l'application de forceps.

2e accouchement, 9 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles, du 26 au 29 décembre 1891.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail, le 5 octobre à 3 h. du matin. Rupture spontanée des membranes à 7 h. 20 du

soir. Dilatation complète à 11 h. 55 du soir. Application de forceps en gauche transversale au détroit supérieur, par M. Wallich qui, malgré des tractions énergiques, ne peut engager la tête.

Après avoir pratiqué le toucher manuel, M. Varnier ne voulant pas faire une seconde application qui serait une application de force, prévient M. Pinard. Celui-ci, exactement renseigné sur l'état de la mère et de l'enfant, conseille d'attendre encore.

A 10 h. du matin, la température étant à 38°,8, et les choses étant toujours au même point, M. Pinard pratique la symphyséotomie (2 minutes) en présence du professeur Krassowski. Écartement immédiat de 3 cent.

Application de forceps en G. T. Extraction facile à 10 h. 25 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 8) d'un garçon de 3750 gr., né en état de mort apparente, mais rapidement ranimé et dont les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,6	B.T.	7c,9
O.F.	11c	S.O.B.	10c,3
B.P.	8c,4	S.O.F.	11c,5

Allaité par une nourrice, cet enfant pèse, à sa sortie, le 15 novembre, 4840 gr.

Suites de couches : La température a oscillé autour de 38°, sans dépasser 38°,5, pendant les 12 premiers jours.

Réunion par première intention.

L'opérée se lève le 29 octobre (23e jour) et sort le 15 novembre en parfait état.

Revue le 7 décembre 1892. Aucun trouble de la marche ni de la miction.

L'enfant est bien portant (en nourrice).

1507. — 21 octobre 1892 (Wallich). — M..., tertipare. Bassin annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 10,5.

1er accouchement en 1886, spontané, à terme, enfant vivant.

2e accouchement, spontané en 1889; enfant volumineux, mort pendant le travail.

3e accouchement, 21 octobre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 4 au 8 janvier.

Présentation du sommet non engagé en G. T.

Début du travail le 19 à 8 h. du soir ; rupture spontanée des membranes à 1 h. du matin le 20.

A la visite le matin, 20 octobre, M. Varnier constate que la tête qui se présente en G. T., non engagée, en attitude intermédiaire à la flexion et à l'extension, est inclinée sur le pariétal antérieur (obliquité de Nægelé). Fœtus volumineux. Dilatation comme 5 francs. Pronostic impossible, vu l'obliquité de Nægelé, la déflexion, le rétrécissement du bassin et le volume du fœtus. Si les choses ne se corrigent pas d'elles-mêmes, inutile et dangereux d'appliquer le forceps on fera la symphyséotomie d'emblée si la tête ne s'engage pas d'elle-même.

A 5 heures, la dilatation est complète.

A 10 heures du soir, l'exploration manuelle montre que la tête n'a pas bougé d'une ligne.

A 11 heures 50, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie par M. Wallich, répétiteur. Écartement immédiat (à 12 heures 10) par abduction des cuisses, de 2 cent. 5. Une première application de forceps (12 heures 15) ayant dérapé et le cordon ayant fait procidence, M. Varnier fait une seconde application rapide en flexion. Extraction à 12 heures 20 (pendant laquelle l'écartement est porté à 4 cent. 5) d'un garçon de 3650 grammes, né en état de mort apparente, qui commence à respirer à 12 heures 27, et ne pousse son premier cri qu'à 12 heures 31.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13c,5	*Bipariétal*	9c,5
O.F.	12c,3	Bitemporal	7c,9
S.O.B.	10c,4	Circonf. S.O.B.	33c
S.O.F.	11c,4	— S.O.F.	35c

Cet enfant, allaité par une nourrice, pèse actuellement 4610 gr.

Suites de couches : 38°,5 les 5e, 6e et 7e jours. Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 29 octobre.

L'opérée se lève le 8 novembre (le 19e jour), marche bien et sans douleurs jusqu'au 16 novembre. Ce jour-là, 38°,4 et le lendemain apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche pour laquelle elle est encore actuellement en traitement à la clinique Baudelocque.

1594. — 13 novembre 1892 (Potocki). — M. F..., 38 ans, secondipare. Bassin rachitique annelé. Diamètre promonto-sous-pubien, 9,7.

1er accouchement en 1880 (Maternité), à terme, céphalotripsie.

2e accouchement, 13 novembre 1892 (Clinique Baudelocque).

Dernières règles du 18 au 22 février 1892.

Présentation du siège transformé par manœuvres externes en O. I. D. T.

Début du travail le 11 novembre, à 11 du soir; rupture spontanée des membranes à minuit.

Dilatation complète le 13 novembre, à 8 heures du matin.

Vu les renseignements fournis par le palper mensurateur, M. Pinard fait pratiquer la symphyséotomie d'emblée à 9 heures du matin, par M. Potocki (9 minutes). Écartement spontané de 3 centim. A 9 h. 11, application de forceps et extraction à 9 h. 23 (pendant laquelle l'écartement est porté à 5 cent. 7), d'une fille de 3,300, née en état de mort apparente, insufflée et ranimée; morte à 1 heure du matin, le 4 novembre.

Les diamètres céphaliques sont :

O.M.	13,6	B.P.	9,5
O.F.	11,2	B.T.	8,4
S.O.F.	10,7		

Prise irrégulière oblique ; frontal antérieur présentant une dépression profonde produite par la cuiller antérieure, dépression qui disparut dans la soirée en même temps qu'apparaissaient des mouvements convulsifs de la moitié gauche de la face. La tête, conservée au musée, sera décrite ultérieurement. Suites de couches : Température oscillant autour de 38°, les cinq premiers jours.

Réunion par première intention. L'opérée se lève le 22e jour. Aucun trouble de la marche ni de la miction. Est encore à la Clinique.

CHAPITRE VII

ISCHIO-PUBIOTOMIE OU OPÉRATION DE FARABEUF

Voici, d'après le Bulletin de l'Académie de médecine, l'observation de la femme chez laquelle M. Pinard a pratiqué l'ischio-pubiotomie et qu'il a présentée le 10 janvier 1893 à l'Académie, en ces termes :

Femme Trémoulet, née à la Rochelle, âgée de 32 ans, dont les antécédents héréditaires sont sans intérêt. Comme antécédents personnels, je dois noter que née à terme et nourrie au sein, elle commença à marcher à dix-huit mois, mais elle fut à ce moment obligée de rester au lit pendant dix mois, c'est-à-dire jusqu'à vingt-huit mois, pour une affection qu'il est impossible de diagnostiquer rétrospectivement. Ensuite la marche redevint possible, mais l'état général resta débile jusqu'à l'âge de quatorze ans. Voici maintenant ses antécédents obstétricaux. En 1886-1887,

première grossesse exempte d'accidents; arrivée au terme de sa grossesse cette femme se fit recevoir à la Maternité de l'hôpital Cochin où elle entra en travail le 1er mai 1887. Voici les renseignements qui m'ont été donnés par mon collègue M. Bouilly sur l'accouchement de cette femme : premières douleurs, deux heures du matin le 1er mai; rupture spontanée des membranes à sept heures du soir. Présentation du sommet en O.I.D.A. Procidence du cordon. Application de forceps infructueuse. Version par manœuvres internes. Basiotripsie tête dernière. L'enfant était un garçon pesant 4,120.

En 1887-1888, deuxième grossesse, grossesse normale. Un peu à cause de sa santé parfaite, beaucoup à cause de la crainte que lui inspirait un examen médical, cette femme attendit jusqu'au huitième mois et vint à la Maternité de Lariboisière que je dirigeais alors, le 28 mai 1888. M'appuyant tout d'abord sur certaines particularités extérieures du corps, je portai le diagnostic de bassin oblique ovalaire et le lendemain, pour confirmer mon diagnostic, je pratiquai le toucher manuel pendant l'anesthésie et je reconnus que le côté droit du bassin était aplati et que selon toute probabilité, il y avait synostose ou ankylose de l'articulation sacro-iliaque du côté droit. Ayant trouvé le promontoire accessible, je résolus de provoquer l'accouchement. Le 31 mai, sous le chloroforme, je commençai par transformer la présentation de la tête en présentation du siège, car l'occiput était primitivement en rapport avec le côté étroit et je pratiquai la version par manœuvres externes de façon à ramener le siège en bas et le dos à gauche pour permettre à la tête de se mettre pendant le dégagement en rapport avec le côté large. Le siège étant ainsi fixé, je provoquai l'accouchement. A sept heures du soir la dilatation étant complète depuis deux heures, je procédai à l'extraction. Le tronc fut assez facilement dégagé, mais je fus obligé de me faire aider pour extraire la tête. Avec le concours de M. Varnier, qui était mon interne, nous eûmes recours à la manœuvre de Champetier de Ribes et pûmes alors extraire la tête. L'enfant naquit étonné, mais ne tarda pas à crier. Cet enfant mourut à cinq mois.

En 1889-1890, troisième grossesse, qui se termina à Tulle le 25 mai 1890 et qui présenta les particularités suivantes, au dire de la femme Trémoulet. Une sage-femme rompit les membranes. Un premier médecin fit cinq applications de forceps. Un deuxième en fit une sixième, aussi infructueuse que les autres. Il pratiqua alors la version et dégagea le tronc, mais la tête ne s'engagea pas, malgré des tractions très énergiques. La craniotomie, tentée, ne réussit pas. Une septième application de forceps échoua également. C'est alors que le tronc ayant été enveloppé dans une serviette fut confié au beau-frère qui, appuyant un pied sur le lit, exerça des tractions aussi énergiques qu'il pouvait le faire pendant qu'un médecin tirait sur le maxillaire inférieur et qu'un charretier pressait sur le ventre de la mère de droite à gauche et de haut en bas. Cette trinité synergique triompha enfin de l'obstacle et la tête fut extraite.

En 1891, quatrième grossese, terminée à la clinique Baudelocque, le 24 septembre : accouchement provoqué, deux applications de forceps. Procidence du cordon. Enfant mort.

En 1892, cinquième grossesse. Cette femme, ayant eu ses dernières règles du 15 au 20 janvier, vint à la Clinique Baudelocque, le 29 septembre, en me disant que, cette fois, « elle voulait à tout prix un enfant vivant ». M. Pinard songea tout d'abord à pratiquer chez cette femme la symphyséotomie; mais tenant compte de l'ankylose de l'articulation sacro-iliaque droite et craignant de n'avoir pas un agrandissement suffisant du bassin, il en conféra longuement avec le professeur Farabeuf qui lui donna bientôt tous les détails du manuel opératoire de l'ischio-pubiotomie.

« Sachant qu'en pratiquant cette opération, je ne lésais aucun organe maternel important, ayant une confiance absolue dans les calculs et les résultats obtenus par M. Farabeuf, m'étant familiarisé sur le cadavre avec l'ischio-pubiotomie, je résolus d'attendre le travail spontané et à terme et de pratiquer cette opération.

Les premières douleurs apparurent le 8 novembre, à trois heures de l'après-midi; le 9 novembre à cinq heures du matin, je commençais l'opération, et après avoir scié successivement la branche ischio-pubienne et la branche horizontale du pubis du côté ankylosé et à 5 centimètres de la ligne médiane, j'appliquais le forceps de M. Tarnier au-dessus du détroit supérieur, et

sans tirer, pour ainsi dire, j'amenais un enfant vivant pesant près de 4 kilogrammes (3,970 grammes). L'opération fut relativement facile et je n'eus de difficulté que pour passer la scie à chaîne destinée à couper la branche horizontale du pubis. Avec une aiguille convenable, cette difficulté disparaîtra. Il s'écoula si peu de sang, que je n'appliquai aucune pince hémostatique. Je ne décrirai pas ici le manuel opératoire en détail, car cela a été fait dans un mémoire intitulé *Ischio-pubiotomie* et que j'offre à l'Académie de la part de l'auteur, le professeur Farabeuf.

L'écartement spontané aussitôt après la section de la branche ischio-pubienne, et de la branche horizontale du pubis, fut de 2 c. 6, et fut porté à 4 centimètres au moins pendant l'extraction.

Après la délivrance, je n'eus pas à faire de suture osseuse comme j'étais disposé à le faire si les os n'étaient pas réunis. Mais je trouvai les surfaces de section tellement en contact, que je me contentai de pratiquer la suture des parties molles et de placer la femme dans le lit où je place les symphyséotomisées. Les suites furent très simples, et il ne se produisit comme complication qu'une escarre au niveau de la région sacrée, escarre due au décubitus dorsal prolongé. Le 17 novembre, les fils furent enlevés : la plaie était réunie par première intention. Le 20, la femme Trémoulet peut s'asseoir dans son lit sans éprouver de douleur. Le 19 décembre elle se leva pendant deux heures, et aujourd'hui elle se tient debout et marche sans difficulté, comme vous pouvez le constater. Quant à l'enfant, il pèse aujourd'hui près de 11 livres ».

CHAPITRE VIII

VERSIONS PAR MANŒUVRES INTERNES

Outre les cinq versions pratiquées pour présentation de l'épaule, la version a été faite dans les cinq observations suivantes :

244. — III pare, entre en travail le 24 février à 2 heures du matin.

Les 2 premiers acc. auraient eu lieu à terme, mais les 2 enfants petits sont morts le premier à 6 semaines, le second à 15 jours. Cette femme est atteinte d'insuffisance et rétrécissement mitral avec hypertrophie cardiaque.

Gross. actuelle : D. R. du 1er au 5 mai. Rétréciss. du bassin. Diam. P.-P. : 9 centim. 8. Promontoire bas.

A l'arrivée de la femme, dilatation de 2 fr. Ventre en besace. Sommet au-dessus du détroit supérieur. Procidence du cordon et de la jambe gauche dans la poche des eaux encore intacte. En raison de la procidence et des accidents de dyspnée cardiaque que présente la femme, on introduit le ballon Champetier à 3 h. 10 du matin. 10 minutes après la dilat. est complète et le ballon est expulsé. On rompt la poche des eaux : Liquide amniotique épais et vert.

Tractions sur la jambe gauche qui est dans le vagin et extraction d'un fœtus masculin pesant 2670 gr. et vivant. Délivrance à 4 h. 20 du matin par extraction simple. Mensuration des membranes, 11/22. Suites de couches physiologiques.

645. — Secondipare. 1re grossesse normale, accouchement spontané, à terme. Enfant vivant actuellement. D. R. du 8 au 14 octobre.

Cette femme entre en travail, enceinte de 7 mois environ, le 9 mai à 8 heures du soir.

A son entrée, palper difficile, utérus distendu; entre deux contractions, on sent le siège en bas, très élevé, la tête au fond de l'utérus, dos à droite; bruits du cœur nets, à droite, au niveau de

l'ombilic. Dilatation comme deux francs; la poche des eaux bombe fortement, l'excavation est absolument vide.

On tente une version par manœuvres externes, mais il est impossible de mobiliser la tête.

Après un bain, l'auscultation fait remarquer une perturbation dans l'intensité des battements fœtaux. A minuit, dilatation complète, rupture spontanée des membranes. Au toucher, on trouve le bras gauche dans le vagin, et le siège dans la fosse iliaque droite, on va à la recherche d'un pied et on ramène l'antérieur; pas de difficulté dans l'extraction du tronc. Au moment de faire l'anse du cordon, les battements du cordon sont imperceptibles; un circulaire très serré autour du cou; le placenta sort derrière le fœtus dont il coiffe la tête.

L'enfant né vivant (2020 gr.) mais dans un état de mort apparente; il meurt au bout de 30 minutes, après avoir fait quelques mouvements inspiratoires. Injections intra-utérines après la délivrance. Suites de couches normales. Poids du placenta 450. Membrane 25/5.

1437. — Secondipare. 1re grossesse à terme; application de forceps.

D. R. du 12 au 13 janvier. Cette femme entre à la Clinique en travail, enceinte de 8 mois 1/2 environ, à 11 heures 30 du soir, le 6 octobre.

A son entrée, tête en bas, mobile; la poche des eaux est rompue; dilatation comme 0,50. Procidence du cordon que l'on sent battre sous le doigt. On essaie de rétropulser le cordon, mais sans succès. Introduction du ballon Champetier à 1 heure 30 du matin le 7 octobre. Injection de 400 gr. de liquide phéniqué. A 3 heures 30, deux heures après l'introduction, dilatation complète, et expulsion du ballon. La main introduite dans le vagin sent toujours la procidence du cordon. On saisit alors le pied droit, on opère la version par manœuvres internes, et à 3 heures 35 du matin, le 7 octobre, un fœtus de 3,030 gr. est extrait vivant; manœuvre de Champetier pour la tête dernière. Délivrance naturelle 30 minutes après. Poids du placenta : 550 gr. Membrane 38/1. Suites de couches normales. L'enfant et la mère sortent en bon état le 10e jour.

1541. — Secondipare, 29 ans. 1re grossesse normale, accouchement à terme, terminé par forceps. L'enfant ne vécut que quelques instants.

D. R. du 5 au 7 janvier. Cette femme entre à la Clinique le 29 octobre, à 8 heures du soir. A son entrée, dilatation comme 5 francs. Présentation du sommet non engagé en G.T. Membranes intactes. A minuit, dilatation comme une paume de main.

A 3 heures 1/2 du matin, dilatation complète, mais la tête étant toujours très élevée, on ne rompt pas les membranes. A 5 heures 1/2, la poche des eaux fait hernie à la vulve; on rompt artificiellement les membranes : il s'écoule du liquide verdâtre, les bruits du cœur sont normaux, A 7 heures 1/2 du matin, malgré les contractions utérines fréquentes, la tête ne progresse pas. A 9 heures 15, sous chloroforme, application de forceps au-dessus du détroit supérieur; la tête non fixée glisse dans la fosse iliaque, et il se produit une procidence du cordon. On va alors à la recherche d'un pied, et on fait la version. A l'abaissement du bras droit, fracture de l'humérus; manœuvre de Champetier pour la tête dernière; l'enfant de 3,890 gr. naît à l'état de mort apparente, mais est rapidement ranimé. Déliv. nat. 30 minutes après l'extraction du fœtus. Poids du placenta, 740 gr. Membranes 46/12. Suites de couches normales.

L'enfant et la mère sortent en bon état le 16e jour.

1725. — XIpare, 37 ans. Les 10 grossesses précédentes ont été normales, ainsi que les accouchements. Tous les enfants sont vivants, sauf deux, l'un mort à 6 semaines, l'autre à onze mois.

D. R. au mois de mars. Cette femme a présenté une hémorrhagie assez considérable au 6e mois de sa grossesse. Le 6 décembre, trois jours avant l'accouchement, perte de sang assez considérable chez elle; un médecin appelé fait un tamponnement d'une douzaine de bourdonnets de coton et lui conseille d'aller à la Clinique.

Cette femme arrive le 9 décembre à trois heures du soir ; elle dit perdre du sang en quantité assez considérable.

A son entrée, température 37°,7. Pouls 128. Ventre assez développé. Présentation du sommet non engagé en D. T. Le vagin est rempli par une douzaine de bourdonnets de coton, qu'on enlève pour faire des injections vaginales chaudes.

Le 10 décembre à 10 heures du matin, nouvelle hémorrhagie ; on pratique la rupture artificielle des membranes, la dilatation étant de deux francs. L'hémorrhagie continuant, introduction du ballon Champetier à 3 heures ; à 4 heures 5, expulsion du ballon ; l'hémorrhagie continue ; malgré la dilatation complète, la tête ne descend pas. A 4 heures 15, version par manœuvres internes, et extraction rapide d'un enfant vivant pesant 3,670 gr. Délivrance naturelle 20 minutes après ; injection intra-utérine après la délivrance ; poids du placenta 680 gr. Suites de couches normales.

L'enfant part en nourrice le 6e jour en bon état.

CHAPITRE IX

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

430. — *Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7e mois. Laparotomie. Guérison* (1).

Cl..., âgée de 28 ans, primipare, mariée depuis deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Ne sait à quel âge elle a marché. Pas d'antécédents pathologiques.

Elle a été réglée à onze ans ; depuis cette époque, elle a été régulièrement réglée (quatre ou cinq jours), mais avec douleurs le premier jour pendant deux ou trois heures.

Ses dernières règles ont, dit-elle, eu lieu du 16 au 20 août 1891 ; mais les dernières règles sont probablement du 25 au 26 juin, car il n'y a pas eu de menstruation au mois de juillet. Au mois de juillet, en présence de ce retard, elle se croit enceinte, bien qu'elle n'éprouve aucun phénomène sympathique. Pas de douleurs pelviennes ni de compression.

A l'époque où les règles ont manqué (26 juillet), la malade a assisté à l'accident de St-Mandé.

Les dernières règles (?), du 10 au 20 août, se sont montrées comme d'habitude, même quantité, même coloration, même durée. Le 22 août, l'écoulement de sang ayant complètement cessé, vers 6 h. du soir, Cl... a ressenti des douleurs dans la région lombaire, douleurs qui ont irradié bientôt dans l'abdomen en descendant vers le petit bassin et qui ont nécessité immédiatement le repos au lit. Ces douleurs allaient en augmentant d'intensité et elles revêtaient la forme de brûlures avec sensation de constriction. La palpation du ventre était extrêmement pénible. Vers 9 h. du soir, il se produisit une rémission notable. Le lendemain, nouvelle crise, exigeant encore le repos au lit, moins forte que celle de la veille, et ne durant que deux heures. En dehors des crises, simple courbature, pas de phénomènes pathologiques.

Le 27 août, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, nouvelle crise compliquée d'une lipothymie assez prolongée (1/2 heure). Un médecin appelé ordonna une piqûre de morphine. Vomissements muqueux. Cl... fut obligée de garder le lit pendant une quinzaine de jours, à cause de la fatigue qu'elle éprouvait (lassitude, faiblesse générale, brisure de jambes). Elle peut ensuite reprendre son travail et se porte bien jusqu'au 7 octobre.

(1) Obs. publiée in *Annales de gynécologie*, Sept. 1892.

De temps en temps, cependant, elle éprouvait des élancements dans la région hypogastrique, surtout à gauche, et elle avait, à ce niveau, une sensation de pesanteur continuelle. La défécation était très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents. Il n'existait pas de troubles digestifs et l'appétit était satisfaisant.

Le 7 octobre, crise douloureuse beaucoup moins violente que les précédentes, mais persistant le lendemain et le surlendemain. Piqûre de morphine. Cl... fut obligée de garder le lit, et le 12 octobre, elle eut une autre attaque très vive avec tendance à la syncope. Les jours suivants, sensation de serrement dans l'abdomen.

Au commencement de novembre, elle a ressenti une douleur plus vive, et elle a commencé à perdre du sang, en petite quantité ayant la même coloration que le sang menstruel. Pas de caillots. Le médecin parlait de fausse couche.

Vers le 10, elle expulsa sans effort et sans augmentation de l'hémorrhagie « des débris de membranes en petite quantité ». Le médecin prescrivit un bain. Il appela en consultation un confrère qui conseilla « de ne pas pratiquer l'avortement par crainte de complications péritonitiques ». Ils ont discuté la grossesse extra-utérine et paraissent avoir pensé plutôt à la rétroversion de l'utérus gravide. Repos absolu. Injections antiseptiques très chaudes.

Vers le milieu de décembre, les phénomènes douloureux ont disparu. La malade se levait de son lit, mais ne pouvait marcher que très peu et se fatiguait très facilement. Elle perdait continuellement un liquide de couleur rousse, d'abondance variable. Aucune douleur.

Cependant, son ventre avait augmenté de volume, surtout aux dépens de la portion latérale gauche. Dans le décubitus latéral gauche, il tombait tout de ce côté où il existait une tumeur arrondie, régulière, s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. L'amaigrissement n'était pas très prononcé, mais la faiblesse toujours grande.

Mêmes symptômes pendant les mois de janvier et février 1892. A partir du 22 février, elle a perdu pendant 4 ou 5 jours du sang rouge sans caillots.

Pas de douleurs. Depuis cette époque, aucun phénomène douloureux, aucune perte de sang.

La malade a senti remuer pendant trois semaines dans le courant de février; l'enfant a cessé de remuer quelques jours après la cessation de l'hémorrhagie de février; le ventre est alors tombé rapidement ainsi que les seins. Il ne semble pas qu'il y ait eu de fluxion mammaire après la mort du fœtus. Ne souffre plus depuis janvier.

Le 20 mars, dans la nuit, commence à perdre du sang en petite quantité.

A son entrée dans le service, le 20 mars, on trouve cette femme bien conformée; elle ne présente pas d'œdème des jambes, mais simplement quelques varicosités. La pression des seins fait sourdre quelques gouttes de colostrum; légère pigmentation de l'aréole; ligne brune du ventre assez marquée; ventre irrégulièrement développé, saillant, surtout du côté gauche. Au-dessous de l'ombilic, plaques pigmentées à gauche et à droite, traces de vésicatoires appliqués le 27 août. Vergetures marquées à la partie supérieure et externe des cuisses. Les parois abdominales sont minces, se déplacent aisément dans tous les points. Matité remontant sur la ligne médiane à un travers de main au-dessus de la symphyse pubienne, dépassant à droite la ligne médiane de deux travers de doigt, et à gauche d'un travers de main; le bord supérieur de cette tumeur remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Nulle part on ne perçoit de crépitation péritonitique. Palper douloureux, surtout à gauche. La tumeur donne la sensation d'un kyste bien tendu dans lequel il est impossible de percevoir le moindre ballottement. Cette tumeur n'a aucune mobilité; elle a l'apparence d'un utérus gravide de quatre mois en latéroversion gauche. Pas de coloration particulière des organes génitaux externes, vaginisme. Par le toucher et le palper combinés, on sent à la partie inférieure droite de la grosse tumeur que nous venons de décrire, une sorte d'annexe qui est le corps de l'utérus hypertrophié, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis droit et paraissant faire corps avec la tumeur.

Le cul-de-sac latéral gauche postérieur est occupé par le pôle inférieur de la tumeur.

Plusieurs jours avant l'opération, on donne à la malade du naphtol et du cascara, un purgatif et un grand bain.

Opération, le 1er avril 1892. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane ; incision du kyste fœtal; suture à la soie des parois du kyste à la paroi abdominale. Incision du placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure du kyste et extraction d'un fœtus macéré de 290 gr.

Le placenta est laissé dans le kyste ; on nettoie le kyste avec des éponges trempées dans la solution phéniquée au 1/20 et on applique le pansement.

M. Pinard ne put faire qu'une petite incision du kyste en raison d'une anse intestinale qui passait en cravate au-devant de celui-ci et qui présentait des adhérences qui ne purent être détruites. Il put cependant, en pratiquant des tractions très douces et lentes, extraire le fœtus après avoir mis un point de suture pour empêcher l'incision de s'agrandir et de léser l'anse intestinale.

10 avril. Pour la première fois depuis l'opération, c'est-à-dire 10 jours après, M. Pinard fait le pansement, les bords de la plaie sont d'un rouge vif, normal. M. Pinard enlève la gaze iodoformée qui se trouve dans le kyste et remarque que le cordon ombilical a contracté des adhérences avec ce dernier, adhérences qu'il détruit. Il remplace la gaze iodoformée et ne fait aucune tentative pour décoller le placenta. Température normale.

Le 17. Quantité de pus assez considérable sortant du kyste, sans odeur. Nouveau pansement, température normale.

Le 18, matin. M. Pinard veut pratiquer la délivrance artificielle. Il ne parvient à extraire que 60 gr. de placenta, mais il décolle l'autre partie qui reste adhérente encore par une petite portion et laisse les choses en état.

Lavage à l'eau naphtolée. Pansement.

Le 19. M. Pinard ne peut retirer que quelques petits fragments de placenta (40 gr.). Deux pansements par jour.

Le 21. 20 gr. de placenta. Le 24. 60 gr. Le 26. 30 gr. Le 30. 60 gr.

Tout le placenta est extrait. On sent nettement les parois lisses du kyste. Deux pansements par jour. Le premier jet de liquide est trouble.

Sortie le 29 mai, ayant encore un petit trajet fistuleux duquel il ne sort rien.

Remarques. — Cette observation est surtout intéressante parce qu'elle montre une fois de plus l'existence d'anses intestinales passant en fronde sur la face antérieure du kyste fœtal.

CHAPITRE X

DÉLIVRANCES ARTIFICIELLES

Le tableau 18 comprend les 31 cas dans lesquels la délivrance artificielle a été pratiquée, c'est-à-dire dans lesquels la main a été introduite dans la cavité utérine pour enlever le placenta.

Il est divisé en deux parties : a) l'une qui contient les primipares ; b) l'autre qui contient les multipares.

1. *Partie* A. — La délivrance artificielle a été faite chez 14 primipares. Chez trois d'entre elles (**643, 675, 1074**) l'accouchement par le sommet avait été spontané ; et l'intervention a été nécessitée par une hémorrhagie. Une seule (**1074**) a présenté quelques élévations de température dont la plus élevée a été de 38°,6 le 4e jour. Chez une autre femme dont l'enfant s'était présenté par le siège, c'est probablement la malformation de l'utérus qui a empêché le décollement placentaire de se produire.

Dans cinq cas la délivrance a été faite chez des femmes ayant subi une application de forceps après une période d'expulsion plus ou moins longue ; chez l'une d'elles (**1223**) la fétidité du liquide amniotique rendait encore plus urgente l'intervention. Deux de ces femmes ont présenté de l'hyperthermie.

Dans un cas (**514**) la délivrance artificielle a été faite chez une femme gravement malade d'une affection cardiaque.

La longueur du travail chez la femme (**347**) ayant un accouchement gémellaire a été la cause de l'intervention.

Enfin dans les trois derniers cas (**957, 1429, 1631**) c'est la mort du fœtus qui a nécessité les interventions préalables, et la délivrance artificielle.

2. *Partie* B. — 17 multipares. C'est la même raison qui a guidé chez les multipares (**735, 1093, 1164, 1196**) : lorsqu'après une opération mutilatrice sur un enfant mort, la délivrance n'a pas lieu quelques minutes après, il est indiqué de débarrasser le plus rapidement possible l'utérus.

Dans 10 cas l'accouchement avait été spontané en présentation du sommet : presque toujours c'est l'hémorrhagie qui a nécessité l'intervention.

C'est la même cause qui a agi dans l'observation **470** où l'on avait été obligé de pratiquer une application de forceps au détroit supérieur pour une hémorrhagie grave causée par insertion vicieuse du placenta.

Il faut ajouter 6 cas dans lesquels la symphyséotomie a été suivie de délivrance artificielle : il faut y avoir recours le plus habituellement afin de ne pas laisser trop longtemps la plaie pubienne ouverte.

TABLEAU 18. **Délivrances arti**

Nos	Age	Parité	Entrée	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	D fait
943	21	I	T.	8 à 9 m.	G.T. Siège mode des fesses.	14 h.	1 h.	Spont. à D.C.	1
643	28	I	T.	9 m.	O.I.D.P.	9 h. 50	1 h. 50	Précoce.	1
675	22	I	T.	8 à 9 m.	O.I.D.P.	2 h. 1/2	1 h.	Id.	1
1074	24	I	T.	8 m.	O.I.G.A.	15 h.	1 h. 35	Artif. à D. comme pièce 5 fr.	1
1223	29	I	T.	9 m.	O.I.G.A.	32 h.	5 h. 40	Spont. à D.C.	
1306	30	I	T.	9 m.	O.I.G.A.	25 h. 30	2 h. 30	Artif. à D.C.	
1500	20	I	T.	9 m.	O.I.D.P.	17 h.	6 h.	Spont. à D.C.	
1544	33	I	T.	9 m.	O.I.D.P.	25 h.	5 h. 30	Prématurée.	
1617	36	I	T.	8 à 9 m.	O.I.D.T.	36 h.	?	Id.	
514	29	I	T.	7 à 8 m.	Siège.	?	....	Précoce.	
847	40	I	T.	8 à 9 m.	1er sommet. 2e siège complet.	30 h 50	5 h. 50	Id.	
957	31	I	T.	9 m.	O.I.G.T.	?	?	Id.	
1429	15	I	T.	9 m.	O.I.G.T.	47 h.	2 h. 15	Prématurée.	
1631	28	I	T.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	?	?	Artif.	
939	32	I	G.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	10 h. 30	7 m.	Accident en introd. le ballon.	
993	23	I	G.	9 m.	O.I.G.T.	?	12 m.	Artif. à D.C	

... — Primipares

... fœtus	Température	Mode de terminaison de l'accouchement	Observations
...0 gr.	N.	Extraction de siège	Céphalématome. Malformation du vagin et de l'utérus.
...0	N.	Spont.	Adhérences placentaires partielles. Écoulement sanguin permanent.
...0	N.	Id.	Hémorrhagie. Insertion vélamenteuse du cordon.
...0	T. Max. 38°,6 4° jour	Id.	Adhérence partielle du placenta. Hémorrhagie.
...0	N.	Forc. au détr. inf.	Fétidité du liquide amniotique. Prés. par f. utérine.
...0	N.	Forc. au détr. sup.	Déchirure du périnée. Périnéorrhaphie.
...0	N.	Id.	Albumine, 25 centigr.
...0	40°,2 le 15° jour	Forc. au détr. inf.	15° jour lymph. du sein droit. Déliv. pour hémorrhagie.
...	38°,5 le 5° jour	Forc.	Irrig. cont. Placenta par f. fœtale; guérison. Déchirure du périnée.
...5	N.	Version interne	Femme albuminuriq. Cardiaque, asystolie. Version interne. Enfant mort.
...le 1er ...le 2e	N.	Extraction de siège 2e Forc. pour le 1er	Albuminurie. Grossesse gémellaire.
...ab. cér.	N.	Basiotripsie	Prés. du plac. par f. fœtale.
...0 gr.	Hypothermie.	Craniotomie	Fœtus mort. Œuf ouvert. Craniotomie. Putréfact. fœtale. Physométrie.
...ab. cér.	N.	Basiotripsie	F. albuminuriq. Fœtus mort. Basiotripsie.
...0 gr.	39° le 5° jour	Symphyséotomie	Accouch. provoqué. Symphyséotomie. Légère hémorrhagie après accouchement.
...0	38°,6 le 4° jour	Id.	Accouch. provoqué. Symphyséotomie.

TABLEAU 18 (suite). PAR

Nos	Age	Parité	Entrée	Terme de la grossesse	Présentation et position	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Rupture des membranes	D fait
78	32	VI	G.	9 m.	O.I.G.T.	12 h. 45	25 m.	Précoce.	1
441	27	II	G.	9 m.	O.I.G.T.	5 h. 10	1 h. 10	Spont. à D.C.	1
470	27	V	T.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	5 h. 35	5 m.	Artif. à D. paume de main.	
559	22	II	T.	9 m.	O.I.G.A.	4 h. 45	?	Précoce.	1
627	37	X	G.	9 m.	O.I.D.T.	9 h. 25	18 m.	Artif. à D.C.	
656	25	III	T.	8 à 9 m.	O.I.G.A.	14 h.	10 m.	Spont. à D.C.	1
797	28	II	T.	7 m.	?	7 h. 15	?	?	
953	34	II	G.	8 à 9 m.	O.I.G.A.	10 h.	30 m.	Spont. à D.C.	1
981	24	III	T.	7 à 8 m.	O.I.G.A.	4 h. 20	5 m.	Précoce.	
1256	25	IV	T.	9 m.	O.I.D.P.	9 h. 3	8 m.	Artif. à D.C.	
1525	33	VII	G.	9 m.	O.I.G.A.	?	7 m.	Spont. à D.C.	1
1707	?	II	G.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	47 h. 5	25 m.	Spont. à D.C.	1
735	32	VIII	T.	9 m.	O.I.G.T.	8 h.	?	? -	1
1093	27	II	T.	9 m.	Ep. d. dors. post.	11 h.	?	Artif.	
1164	42	V	T.	9 m.	M.I.D.T.	20 h.	?	Artif.	
1735	32	IV	G.	9 m.	O.I.G.T.	8 h.	30 m.	Précoce.	
1196	27	II	T.	8 à 9 m.	Ep. d. dors. post.	?	?	Précoce.	
384	30	IV	G.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	?	?	?	
603	?	IV	G.	8 à 9 m.	O.I.G.T.	7 h.	5 m.	Artif. à D.C.	
1409	24	II	G.	9 m.	O.I.G.T.	54 h.	5 m.	Précoce.	
1594	38	II	G.	9 m.	O.I.G.T.	10 h.	11 m.	Prématurée.	

pares.

…s du fœtus	Température	Mode de terminaison de l'accouchement	Observations
3800	39° le 9ᵉ jour	Sp.	Adhérence partielle. Hémorr. assez abondante. Irrig. cont.
3180	N.	Id.	Hémorrhagie. Insertion vicieuse du placenta.
2420	N.	Forc. au dét. sup.	Prés. par un bord.
3000 gr.	N.	Sp.	Hémorrhagie, adhérence partielle du placenta.
3430	38°,5 3ᵉ jour	Extraction de siège	Placenta adhérent dans une grande étendue. Hémorrhag. Irrig. cont.
2620	N.	Sp.	Adhérences placentaires. Hémorrh.
?	N.	Id.	Fœtus mort et macéré, placenta en partie adhérent.
2720	38°,5 1ᵉʳ jour	Id.	Adhérences partielles, hémorrhagie. Irrigation cont.
1950	38°,6 4ᵉ jour	Id.	Hémorrhagie, 38°,6 4ᵉ jour. Lymphangite. Ophtalmie, au 2ᵉ jour.
3900	N.	Id.	Hémorrhagie, présent. du plac. par un bord.
3470	N.	Id.	F. utérine.
2070	N.	Id.	Fœtus mort et macéré, procubitus de la main droite, hémorrhagie. 600 gr. de caillot Bord.
3680	N.	Basiotripsie	
3010	38°,4 le 4ᵉ jour	Id.	Enfant mort.
3800	39°,1 le 6ᵉ jour	Id.	Prés. plac. par f. fœtale.
3430	N.	Spont.	Décoll. partiel du placenta. Hémorrhag.
2800	N.	Embryotomie	
2730	N.	Symphyséotomie	
2130	40° le 10ᵉ jour	Id.	Accouchᵗ provoqué. Abcès de la grande lèvre gauche.
3220	N.	Id.	
3300	38°,4 le 2ᵉ jour	Id.	

Résumé des opérations pratiquées pendant l'année 1892.

			PRIMIPARES	MULTIPARES
76 Forceps..	chez des femmes ayant le bassin normal		34	7
	chez des femmes ayant le bassin rétréci		13	6
	pour une présentation de la face		1	0
	à la suite d'accouchements provoqués		2	0
	suivis....	de basiotripsie	—	3
		de symphyséotomie	1	4
	comme complément de la symphyséotomie		3	9
	pour grossesses gémellaires		3	0
38 Extractions de siège			20	18
11 Accouchements provoqués.	pour rétrécissement du bassin		4	4
	pour autres causes		3	0
9 Basiotripsies.	d'emblée sur enfants morts		—	4
	après application de forceps		—	3
	sur la tête dernière		—	2
1 Crâniotomie simple			—	1
13 Symphyséotomies....	après accouchements provoqués		2	3
	après — spontanés		1	7
1 Ischio-pubiotomie			—	1
1 Laparotomie pour grossesse extra-utérine			—	1
10 Versions par manœuvres internes.	pour présentations de l'épaule		0	5
	à la suite d'accouchements provoqués		1	0
	après introduction du ballon Chaœpetier pour procidence du cordon ou insertion vicieuse		0	3
	chez des femmes ayant une grossesse gémellaire		1	0
4 Embryotomies cervicales			0	4
1 Embryotomie rachidienne (procédé de Van Huevel et Tarnier)			0	1
34 Délivrances artificielles..	pour hémorrhagie		1	11
	après opération (forceps, version)		7	2
	après opération sur enfant mort		3	4
	après symphyséotomie		2	4

QUATRIÈME PARTIE

FŒTUS

I

GROSSESSES GÉMELLAIRES

Nous avons adopté pour le dépouillement des observations de grossesses et accouchements gémellaires, un tableau 19 analogue à celui du Dr Monteiro, dans sa thèse faite à la clinique Baudelocque, en séparant toutefois les femmes en primipares et multipares. Il faudrait peut-être ajouter le n° **1734**, chez laquelle l'albuminurie a causé la mort des deux fœtus et leur expulsion à 5 mois 1/2 par décollement prématuré du placenta.

A) Dix primipares ont eu une grosssesse double : chez cinq d'entre elles, on note la présence d'une albuminurie plus ou moins grave.

Sur les dix primipares, deux sont accouchées à 7 mois, trois à 7 mois 1/2, deux à 8 mois, une à 8 mois 1/2, deux à terme ou près du terme. Chez 8 de ces femmes, la T. n'a pas dépassé 38° ; une a présenté une T. maxima de 38°,2, causée par une lymphangite du sein. Chez une seule femme, la T. a atteint 39° et cette élévation de température a paru suffisante pour que la femme soit soumise à l'irrigation continue.

Les enfants premiers nés ont été expulsés vivants ; un seul (**1109**) qui pesait 1410 gr. à sa naissance, est mort le 16e jour ; les autres sont sortis vivants. Pour trois de ces fœtus (**306, 347, 1207**) on a dû recourir au forceps.

Quant aux dix enfants venus *deuxièmes*, tous sont nés vivants, mais trois (**347, 475, 1109**) sont morts le 3e, le 2e et le 16e jour. Un enfant (**1592**) a été extrait vivant à l'aide de la version par manœuvres internes.

B) Dix multipares ont accouché de deux jumeaux : chez deux d'entre elles, seulement, on a constaté l'existence d'albuminurie.

L'accouchement a eu lieu : 4 fois à 8 mois, 1 fois à 8 mois 1/2, 5 fois à terme ou près du terme.

7 fois la température a été normale ; une fois elle a atteint 38°,2 ; une autre fois la T. a oscillé de 38° à 38°,5 et a nécessité une injection intra-utérine le 4e jour. Enfin dans un cas (**205**), il y a eu un frisson le 2e jour avec 39° de T. et la femme a été soumise avec succès à l'irrigation continue. Les dix enfants expulsés premiers, sont sortis vivants ; parmi les dix enfants nés seconds, un (**1213**), pesant 1720 gr., n'a respiré que quelques minutes ; un autre (**1730**), pesant 1600 gr., est mort le 2e jour.

TABLEAU 19. **Grossesses gémellair**

Nº de l'accouchement	Age de la femme	Age de la grossesse	Parité	Période d'effac. et de dilat.	Rupture de la 1re poche — Prématur.	Rupture de la 1re poche — A la dil. C.	Caractères du liq. amniot. de la 1re poc.	Prés. et position	Période d'expuls.	Sexe et poids	Etat du prem. enf. à la sortie	Ru d dem pa
306	35	7 1/2	I	12 h.50	Précoce	....	N.	O.I.D.T.	15'	F. 2040	Bon	
347	40	9	....	86 h.	Id.	....	Vert	O I.G.T.	?	F. 2870	Id.	Au
475	21	8 1/2	....	6 h.	....	Sp.	N.	O.I.G.A.	20'	F. 1930	Id.	A
484	23	7 1/2	....	23 h.	....	Art.	N.	Siège D.A.	20'	F. 1730	Id.	Art
753	24	8	....	4 h. 30	Prémat.	....	N.	Siège	40'	F. 2440	Id.	I
1109	21	7	....	10 h.30	....	Art.	N.	O.I.G.A.	10'	F. 1410	Mort	I
1207	27	7 1/2	....	?	....	Sp.	N.	O.I.D.P.	1 h.	M. 3120	Bon	
1260	24	9	....	?	....	Id.	N.	O.I.D.P.	?	F. 2250	Id.	
1512	19	7	....	9 h.	Au début	....	N.	Siège	20'	M. 1910	Id.	S
1592	19	8	....	15 h.	Id.	....	N.	Id.	20'	F. 2020	Id.	Ar

PARTU

Nº de l'accouchement	Age de la femme	Age de la grossesse	Parité	Période d'effac. et de dilat.	Rupture de la 1re poche — Prématur.	Rupture de la 1re poche — A la dil. C.	Caractères du liq. amniot. de la 1re poc.	Prés. et position	Période d'expuls.	Sexe et poids	Etat du prem. enf. à la sortie	Ru d dem pa
9	?	8	II	3 h. 45	Au début	....	N.	O.I.G.A.	1 h. 35	M. 2000	Bon	Au
205	29	9	VI	6 h. 15	Id.	....	....	O.I.G.A.	10'	M. 2400	Id.	
220	35	9	III	4 h. 15	Id.	....	....	O.I.G.A.	25'	F. 2550	Id.	Au
440	27	9	II	2 h. 50	Artif.	....	....	O.I.D.P.	5'	M. 2720	Id.	
584	26	8	II	6 h. 15	....	Sp.	N.	O.I.G.A.	10'	M. 2400	Id.	
671	33	8 1/2	VI	4 h.	Prémat.	....	N.	S.I.G.A.	22'	F. 1900	Id.	Au
1213	39	9	VII	?	....	Art.	....	O.I.D.A.	25'	F. 2010	Id.	Sp
1272	23	8	IV	2 h.	....	Sp.	....	O.I.D.	Aussitôt	F. 2250	Id.	....
1431	26	8	II	?	Au début	....	....	Sommet	?	M. 2220	Id.	A
1736	34	8	VI	24 h.	....	Art.	N.	Id.	35'	M. 1850	Id.	

A. — **Primipares.**

Présentat. et position	Terminaison après l'exp. du pr. enfant	Terminaison après la rup. de la 2e poch.	Durée totale du travail	Sexe et poids	État du deuxième enfant à la sortie	Délivrance	Placentas	Température	Observations
S.I.D.T.	10'	?	13 h.15	M. 1840	Bon	Natur. 50'	2	N.	Album Forc. pour le 1er j.
Siège	10'	Aussitôt	91 h.	M. 2430	M. le 3e j.	Artif. 20'	2	Pat.	Albumin. Forc. pour le 1er. Irrigation continue.
Id.	20'	Id.	7 h.	F. 2250	Bon	Spont. 30'	1	N.	
O.I.G.A.	15'	5'	23 h.	M. 1230	M. le 2e j.	Natur. 25'	1	N.	Albuminurie
Sommet	5'	5'	5 h. 15	M. 2340	Bon	Natur. 20'	1	N.	
Siège	15'	?	10 h.55	F. 1380	M. le 16e j.	Natur. 40'	2	Pat.	T. Max. 38°,2. Lymphang. sein droit.
Face	40'	Aussitôt	7 h. 20	F. 2450	Bon	Natur. 30'	1	N.	Forc. pr le 1er. Paral. faciale.
O.I.G.T.	35'	?	8 h. 10	F. 3000	Id.	Naturelle	1	N.	Album. légère.
Siège	45'	2'	10 h. 5	M. 1910	Id.	Natur. 30'	1	N.	
Épaule	10'	5'	15 h.30	F. 2110	Id.	Naturelle	?	N.	Album. Vers. int. pour le 2e

res

Présentat. et position	Terminaison après l'exp. du pr. enfant	Terminaison après la rup. de la 2e poch.	Durée totale du travail	Sexe et poids	État du deuxième enfant à la sortie	Délivrance	Placentas	Température	Observations
S.I.D.A.	5'	Aussitôt	6 h. 25	M. 1950	Bon	Spont. 5'	2	Pat.	Inject. intra-utér. au 4e jour.
S.I.D.	10'	?	6 h. 45	F. 2350	Id.	Spont. 10'	1	N.	
S.I.D.P.	10'	10'	4 h. 45	F. 2000	Id.	Spont. 5'	1	Pat.	Frisson le 2e j. Irrig. cont.
S.I.G.A.	10'	?	4 h. 35	M. 2520	Id.	Spont. 5'	1	Pat.	Albumin. T. max. 38°,2.
Siège	15'	Aussitôt	7 h. 20	M. 2120	Id.	Spont. 30'	2	N.	Vers. par man. ext. ap. l'exp. du 1er.
Sommet	30'	25'	5 h. 22	F. 2190	Id.	Spontanée	1	N.	Dégag. en O. sacrée. Hémorr. lég.
?	15'	10'	5 h. 10	M. 1720	A respiré	Natur. 20'	2	N.	Albuminurie.
Siège	10'	5'	2 h. 30	M. 1850	Bon	Natur. 30'	1	N.	
Sommet	8'	3'	6 h. 48	M. 1930	Bon	Spont. 45'	1	N.	
Id.	10'	?	24 h.15	M. 1600	Mort	Spont. 10'	2	N.	2e enfant mort de broncho-pneumonie double. Femme ayant subi une laparotomie.

II

FŒTUS MORTS PENDANT LA GROSSESSE (1)

Le tableau 21 comprend les observations résumées de femmes (20 primipares, 36 multipares) dont *le produit de conception a succombé avant tout début de travail.*

Nous avons divisé, comme l'année dernière, les femmes en cinq classes, suivant que la mort du fœtus était due :

1° A l'albuminurie ;

2° A la syphilis avérée de la mère ;

3° A la syphilis latente, mais probable du père on de la mère.

4° A une cause indéterminée ;

5° A des causes diverses (affection du cœur, etc).

Pour être complète, la liste des fœtus morts pendant la grossesse devrait comprendre ceux qui succombent pendant les six premiers mois : il est en effet certain que pendant cette période la plupart des mêmes causes peuvent tuer le fœtus.

M. Pinard attache chaque jour une importance de plus en plus grande au défaut de rapport entre le poids du placenta et celui du fœtus, et à diverses reprises il est arrivé pendant l'année 1892 de reconnaître la syphilis soit chez la mère, soit ultérieurement chez le nouveau-né, parce que l'attention avait été attirée sur ce défaut de parallélisme.

Il est facile de se rendre compte de l'importance des pesées en additionnant séparément pour chacune des quatre premières classes, les poids des fœtus et des placentas ; en divisant le total par le nombre des cas observés, on obtient ainsi pour chaque catégorie le poids moyen du fœtus et du placenta. On peut calculer d'après ces résultats, le poids proportionnel du placenta pour 100 grammes de fœtus. Le tableau 20 donne les résultats ainsi obtenus.

TABLEAU 20.

Cause de la mort du fœtus.	Poids moyen du fœtus	Poids moyen du placenta	Poids proportionnel du placenta pour 100 gr. de fœtus
Albuminurie	1371 gr.	347 gr.	25 gr.
Syphilis avérée de la mère	1798	496	27
Syphilis latente du pere ou de la mère	2185	590	27
Cause indéterminée	1917	429	22

(1) *Voir le tableau 21, page 84 et suivantes.*

III

MALFORMATIONS ET MONSTRUOSITÉS FŒTALES

Voici un certain nombre d'observations dans lesquelles les fœtus présentaient des malformations ou des monstruosités : six d'entre elles (**1027, 208, 280, 1605, 1784, 1808**) n'ont pas été comptées soit aux accouchements spontanés, soit aux opérations.

1027. — Femme de 30 ans, IIpare, entre pendant sa grossesse.

La 1re grossesse s'est terminée à terme par un accouchement spontané, l'enfant est mort à 2 mois.

A son entrée dans le service, l'auscultation pratiquée à différentes reprises est négative, mais M. Pinard après examen attentif déclare entendre les bruits du cœur et porte le diagnostic d'hydrammios avec fœtus vivant.

Le 17 mai, cette femme quitte le service; on entendait très bien les bruits du cœur. Elle entre de nouveau le 11 juin, et on la soumet aux injections hypodermiques d'huile biiodurée.

Le 14 juillet, cette femme entre en travail : on n'entend pas bien les bruits du cœur, les os du crâne chevauchent, et après 10 heures de travail, la femme expulse un enfant vivant, féminin, du poids de 1990 gr. et de 40 centim. de long. Cet enfant, mis dans une couveuse, est mort le lendemain de sa naissance. Il présente un léger degré d'hydrocéphalie, un spina-bifida, des membres inférieurs malformés et déviés, et un équin du pied droit très prononcé.

Les paupières inférieure et supérieure de l'œil gauche sont légèrement unies par une petite bride.

La délivrance a été naturelle, 1 heure après l'expulsion du fœtus. Le 2e jour, températ, 40°.

Frissons, on soumet la femme à l'irrigation continue pendant 2 jours. Elle sort en bonne santé 1 mois après.

208. — Femme enceinte pour la sixième fois, entre pendant sa grossesse.

Les 2 premiers accouchements ont été normaux, les enfants étaient vivants, le 2e est mort à 3 ans 1/2 : les 3 autres accouchements ont nécessité le forceps. Les dernières règles ont eu lieu le 9 mai ; le 6 février, à son arrivée dans le service, on constate une présentation du siège : version par manœuvres externes, ceinture.

Le 15 février, expulsion d'un enfant vivant masculin de 3850 gr.

Cet enfant présente un léger degré d'hydrocéphalie. La délivrance est spontanée ; le placenta se présente par sa face utérine ; suites de couches normales.

280. — IIpare, 19 ans. Entre en travail le 4 mars à 2 heures du soir.

Cette femme a fait un avortement de 2 mois il y a 2 ans. Les dernières règles datent du 9 mai.

A son entrée, auscultation négative et après 8 heures de travail, expulsion d'un enfant masculin mort, de 1180 gr. et de 40 centim. Délivrance naturelle. Suites de couches normales.

L'enfant présente de l'anencéphalie : pseudencéphale, chypsencéphale.

1430. — IIpare, 35 ans. Entre dans le service pendant sa grossesse.

La 1re grossesse s'est terminée à terme, enfant vivant. A son entrée, on constate présentation du siège complet ; 8 jours après son entrée cette femme accouche spontanément d'un

TABLEAU 21. **Femmes dont les f**

Nos d'ordre	Age	Parité	Grossesses et accouchements antérieurs	Date des dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée	Présentation et position	Durée totale du travail
PARTIE 1. -								
49	?	III	1re gros. à 8 mois enfant viv. 2e acc. à 8 mois enf. macéré.	14 juin.	13 janvier.	G.	?	?
820	19	I	....	15 septembre.	9 juin.	T.	?	7 h.
892	38	I	....	9 novembre.	19 juin.	G.	?	10 h.
949	23	I	....	17 octobre.	1er juillet.	G.	S.I.G.T.	6 h. 45
988	36	IV	1er 2e acc. à terme. Enf. viv. 3e acc. à terme. Enf. mort à 3 mois.	1er décembre.	6 juillet.	T.	G.A.	7 h.
1263	25	I	....	7 janvier.	31 août.	T.	S.I.G.T.	8 h.
1469	30	I	....	10 mars.	13 octobre.	T.	G.A.	10 h. 30
1575	26	II	1 avortement de 4 mois.	23 mars.	8 novembre.	T.	?	8 h.
1637	27	VI	4 acc. spont. avant terme. Enf. morts dans le courant de la 1re ann. 1 acc. avec éclamps. Enfant mort à 3 jours.	7 février.	22 novembre.	T.	G.A.	15 h. 40
PARTIE 2. — F								
320	24	I	....	15 juillet.	9 mars	T.	D.A.	30 h.
601	35	III	1er acc. à terme enfant vivant. 2e acc. à terme enf. mort-né.	6 novembre.	2 mai	T.	G.A.	11 h. 10
699	20	I	....	12 octobre.	19 mai	T.	Siège complet D transversal	10 h.
732	34	I	....	25 octobre.	26 mai	G.	Siège compl. G.T.	16 h.
791	26	III	1er acc. à terme enfant vivant. 2e acc. à terme enf. vivant.	1er novembre.	5 juin	G.	G.A.	14 h.
797	28	III	1re gr. avort. 6 semaines. 2e gr. acc. provoqué enf. mort.	15 novembre.	6 juin	T.	?	4 h. 5

ndant la grossesse.

	Présentation du placenta	Durée de la délivrance	Mode de délivr.	Température	Poids du fœtus	Poids du placenta	Observations
uriques.							
D.C.	F. fœt.	40 m.	Nat.	N.	680	170	Albumin. dans les urines, 4 gr., foyers hém. anciens et récents.
D.C.	?	15 m.	Spont.	N.	500	280	Alb. dans les urines, foyers hém. anciens et récents.
	F. fœt.	2 h.	Nat.	N.	820	120	Alb. dans les urines, 5 gr. foyers hém. anciens et récents. Ne sent plus remuer depuis le 4 juin.
D.C.	Id.	5 m.	Spont.	N.	1190	300	Alb. dans les urines, 5 gr. foyers hém. anciens et récents.
?	Id.	35 m.	Nat.	N.	1840	580	
D.C.	Id.	15 m.	Id.	38°.5 le 19e j.	1120	220	Œdème des membres inf. Pollakiurie. Album. dans les urines. Phlegmatia le 7e jour. Sortie guérie le 3 novembre.
	Bord.	1 h. 10	Spont.	N.	1290	340	Albumine dans les urines. 2 gr. foyers hémorrhagiques anciens.
D.C.	Id.	45 m.	Id.	N.	1280	?	Album. dans les urines, 1 gr. Œdème des membres inférieurs. Foyers hém. anciens et récents.
	Id.	35 m.	Id.	N.	3550	770	Album. dans les urines. Œdème des membres infér. Dyspnée. Foyers hém anciens et récents.
tement syphilitiques.							
D.C.	Bord.	5 m.	Nat.	N.	1650	610	Roséole syph. à la face int. des cuisses, l'éruption commence à pâlir.
	F. fœt.	40 m.	Id.	N.	2820	710	Fœtus ascitique, même père pour tous les enfants.
	Id.	45 m.	Id.	N.	1740	350	Ulcération syphilitique sur la grande lèvre droite. Cessation des mouvements actifs 30 avril.
	Bord.	45 m.	Spont.	N.	850	300	Ulcération syph. sur la grande lèvre droite.
D.C.	F. fœt.	50 m.	Nat.	N.	1930	510	Éruption, mal de gorge soigné par des pilules en ville, père différent pour le fœtus actuel.
	?	4 h.	Artif.	N.	?	380	Femme syphilitique soignée en 1888.

TABLEAU 21 (suite). **Femmes dont le**

Nos d'ordre	Age	Parité	Grossesses et accouchements antérieurs	Date des dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée	Présentation et position	Durée totale du trav
					PARTIE 3. — **Femmes dont le**			
34	?	II	1 accouchement prématuré à 8 mois. Enfant mort et macéré.	14 au 20 mai.	10 janvier.	......	Siège en G.T.	4 h. 1
251	23	III	2 avortem., le 1er de 4 mois.	15 au 19 juin.	25 février.	......	G.T.	13 h. 1
435	?	II	Accouchement spontané, enfant vivant.	29 juillet.	2 avril.	......	D.P.	8 h. 4
500	20	I	....	22 août.	12 avril.	......	G.A.	15 h.
531	25	II	1 accouchement à 7 mois. Enf. mort 2 jours après.	5 août.	18 avril.	......	G.A.	6 h. 1
795	24	I	....	20 août.	6 juin.	......	D.P.	12 h. 1
1241	24	II	1 acc. à 8 m. 1/2. Enf. m. à 15 j.	15 décembre.	25 août.	......	G.T.	6 h.
1370	35	IV	3 accouch. à terme. Enfants vivants.	8 janvier.	22 septembre.	......	G.A.	16 h.
1440	22	I	....	20 décembre.	7 octobre.	......	G.A.	8 h.
1491	25	II	1 fausse couche de 6 mois.	30 mars.	18 octobre.	......	G.A.	34 h.
1504	42	VI	3 accouch. à terme. Enfants vivants. 2 accouch. avant terme. Enfants morts et macérés.	25 février.	20 octobre.	......	G.T.	17 m.
1707	21	II	1 accouch. à 7 mois. Enfant mort et macéré.	25 avril.	7 décembre.	......	D.T.	47 h.
1760	26	II	1 accouch. à terme. Enfant mort 4 jours après.	4 février.	16 décembre.	......	G.T.	20 h.
					PARTIE. 4. — **Cas dans lesqu**			
2?2	25	III	2 premières grossesses normales. Enfant à terme vivant actuellement.	22 juin	20 février	......	Épaule droite dorso-post.	?
294	23	II	1 Spont. à terme.	9 août	6 mars	......	?	26 h.
418	19	I	....	2 août	30 mars	......	G.P.	12 h.
522	23	I	....	25 août	16 avril	......	D.P.	21 h.
532	22	I	....	25 juillet	18 avril	......	D.P.	12 h.
548	26	III	Acc. à terme. Enfants vivants.	12 août	20 avril	......	D.P.	9 h. 25

…nt la grossesse.

Présentation du placenta	Durée de la délivrance	Mode de délivr.	Température	Poids du fœtus	Poids du placenta	Observations
…t morts par la syphilis.						
F. utér.	30 m.	Nat.	N.	1500 gr.	530 gr.	Cess. des M. A. le 25 décembre. Même père pour les deux gross. Circul. serré autour du cou.
F. fœt.	55 m.	Spont.	N.	2940	620	
Id.	5 m.	Spont.	N.	2145	530	Sclérose placentaire.
F. utér.	10 m.	Id.	N.	2400	810	Hydramnios, fœtus ascitique. Cotyl. placentaires hypertrophiés, tissu friable.
F. fœt.	35 m.	Nat.	N.	2020	530	Père différent.
Id.	45 m.	Spont.	N.	2800	610	N'a plus senti remuer deux jours avant l'accouch.
Id.	20 m.	Nat.	N.	2540	730	Mari présente une érup. sur le corps (dit la femme).
Id.	5 m.	Spont.	N.	2130	570	Père différent pour la grossesse actuelle. Ne sent plus remuer depuis le 29 août.
F. utér.	30 m.	Nat.	N.	2750	700	Hypertrophie placentaire.
F. fœt.	20 m.	Id.	38°,6 après l'accouch.	1210	480	Hypertrophie placentaire.
F. utér.	19 m.	Spont.	N.	1200	550	Dédoublements du 2e bruit à la pointe.
Bord.	30 m.	Art.	N.	2070	530	Procubitus de la main droite.
F. fœt.	30 m.	Nat.	N.	2700	590	Hypertrophie placentaire.
…e indéterminée.						
Bord.	10 m.	Nat.	N.	1590 gr.	290 gr.	Cess. des mouv. actifs, fin janvier. Hydrocéphalie.
?	?	?	N.	860	240	
F. fœtale	5 m.	Spont.	N.	1145	240	Éruption acnéiforme sur la poitrine, a perdu du sang pendant 8 jours fin février et n'a plus senti remuer depuis.
Id.	30 m.	Id.	N.	1250	380	
Id.	35 m.	Nat.	N.	2070	380	Insertion vicieuse du placenta.
Id.	10 m.	Spont.	N.	2020	350	Léger écoulement sanguin fin septembre.

TABLEAU 21 (suite). **Femmes dont le[s]**

Nos d'ordre	Age	Parité	Grossesses et accouchements antérieurs	Date des dernières règles	Date de l'accouchement	Entrée	Présentation et position	Durée totale du trava[il]
586	27	III	2 acc. à terme. 1er enf. vivant. 2e mort à 1 an (diphtérie).	28 août.	29 avril.	......	O.I.G.T.	21 h. 2
880	26	I	....	5 octobre.	18 juin.	......	O.I.D.T.	6 h. 1/
1024	26	I	....	4 novembre.	13 juillet.	......	O.I.D.A.	7 h. 5
1191	33	II	1 avortement de 3 mois.	20 novembre.	17 août.	......	O.I.G.A.	8 h. 1
1222	25	I	....	20 décembre.	22 août.	......	S.I.G.T.	11 h.
1262	20	II	1 acc. à terme. Enf. m. à 9 m.	28 janvier.	31 août.	......	O.I.G.A.	6 h. 50
1270	38	II	1 acc. à 6 m. Enf. m. à 16 j.	3 février.	2 septembre.	......	O.I.G.A.	11 h. 3
1345	28	II	1 acc. à terme. Enfant ?	13 février.	18 septembre.	......	O.I.D.T.	5 h.
1495	24	I	....	16 janvier.	18 octobre.	......	O.I.D.P.	25 h. 3
1676	23	I	....	?	1er décembre.	......	O.I.D.P.	6 h. 3
1751	28	I	....	10 mars.	15 décembre.	......	O.I.G.A.	19 h.

PARTIE 5. —

1389	32	III	2 accouchements à terme. Enfants vivants.	1er mars	26 septembre	Trav.	O.I.G.A.	14 h.

lant la grossesse.

Présentation du placenta	Durée de la délivrance	Mode de délivr.	Température	Poids du fœtus	Poids du placenta	Observations
Bord	35 m.	Nat.	N.	1950	340	Ne sentait plus remuer son enfant depuis le 14 avril. 2 circul. autour du cou.
Id.	35 m.	Id.	Id.	2380	420	
Id.	30 m.	Id.	Id.	2510	500	
Id.	1 h.	Id.	Id.	2100	460	
Id.	1 h.	Id.	Id.	1200	255	
Id.	35 m.	Id.	Id.	2000	570	Père différent pour la grossesse actuelle.
F. fœt.	35 m.	Id.	Id.	2500	500	Ne sent plus remuer son enfant depuis le 25 août.
F. utérine	5 m.	Sp.	Id.	1900	780	Même père pour les 2 enfants.
Bord	40 m.	Nat.	39°,2 le 3 j.	2250	580	39°,2 le 3e jour. Rétention des membranes.
F. fœt.	1 h. 10	Id.	N.	2460	600	Ne sent plus remuer depuis le 20 novembre.
Id.	30 m.	Id.	Id.	2410	410	Mort récente.

: cardiaque.

F. utér.	25 m.	Nat.	N.	1370 gr.	760	Rétrécissement mitral.

enfant masculin vivant de 3030 gr. de 44 centim. présentant de l'hydrocéphalie. Délivrance naturelle 45 minutes après l'accouchement.

Suites de couches normales.

1605. — Vpare, 29 ans.

3 avortements et 1 accouchement spontané à terme, enfant vivant actuellement.

D. R. du 2 au 8 février.

Cette femme arrive à la clinique avec la dilatation complète et expulse en occipito-sacrée un enfant vivant de 3250 gr. ; délivrance naturelle, 30 minutes après l'accouchement, lymphangite du sein le 13e jour ; l'enfant présente une méningocèle occipitale.

L'enfant et la mère sortent en bon état au bout de 20 jours.

1784. — IIpare, 21 ans.

1er accouchement spontané à terme, garçon vivant actuellement.

Cette femme entre en travail avec une présentation du siège décomplété, mode des fesses, abaissement d'un pied.

Extraction assez rapide du tronc, difficultés pour le dégagement des épaules, mais impossibilité d'extraire la tête par suite de son volume ; section de la colonne vertébrale, introduction d'une sonde. On retire 1690 gr. de liquide céphalo-rachidien et on finit par extraire un enfant féminin de 4330 gr. et de 62 cent. de longueur.

Délivrance naturelle, 1 heure 10 après l'expulsion du fœtus.

La femme sort en bon état onze jours après.

1808. — IIpare, 28 ans.

Entre pendant la grossesse, 1er accouchement à terme terminé par le forceps ; enfant mort à 20 mois.

A son entrée on constate une présentation du siège, mode des fesses, on fait la version et l'on constate que la tête fœtale est peu volumineuse ; on fait la version en agissant sur le pôle pelvien.

Environ 25 minutes avant l'expulsion du fœtus on n'entend plus les bruits du cœur et la femme expulse un enfant mort du sexe masculin pesant 3200 gr., long de 50 cent et pseudencéphale.

Délivrance spontanée 15 minutes après l'accouchement, suites de couches normales.

13. — Primipare, âgée de 19 ans, entrée en travail enceinte de 8 à 9 mois. Prés. du sommet en G. A. ; rup. des membranes spontanée et prématurée. Durée du travail. 10 heures 30 ; 30 minutes de période d'expulsion ;

L'enfant vivant du sexe féminin pèse 2800 grammes ; il présente un *pied bot talus valgus gauche ;* il sort du service bien portant.

Présentation du placenta par son bord ; délivrance naturelle au bout d'une demi-heure. Le placenta pèse 430 gr. Suites de couches normales.

79. — Primipare, 21 ans, entrée en travail, enceinte de 8 mois. O.I.D.P. ; rupture des membranes spontanée à dilatation complète. Durée du travail 13 heures 1/4. Période d'expulsion : 1 heure 40.

L'enfant vivant, du sexe masculin ; présente un *hypospadias*, il pèse 2080 grammes, sort bien portant.

Placenta se présente par son bord. Poids 300 gr. Délivrance spontanée 2 heures après l'accouchement. Suites de couches normales.

161. — Secondipare, entre en travail près du terme. Le premier enfant, né à 7 mois 1/2, a vécu 15 jours dans une couveuse.

Présentation, sommet G. A. Durée du travail, 13 heures ; 25 minutes de période d'expulsion. L'enfant, du sexe masculin, pèse 3060 grammes ; il présente une *imperforation du rectum* et meurt 5 jours après la naissance.

Présentation du placenta par la face fœtale, expulsion spontanée immédiatement après l'accouchement. Suites de couches normales.

268. — Primipare, 18 ans, entrée en travail près du terme. Prés. du sommet en O.I.G.A. Rupture des membranes spontanée un peu avant dilatation complète. Durée du travail, 10 heures ; 10 minutes de période d'expulsion.

L'enfant, du sexe masculin, vivant, présente un *pied bot varus gauche* et sort bien portant. Il pèse 2930 gr. Présentation du placenta par sa face fœtale, délivrance naturelle une demi-heure après. Suites de couches normales.

436. — Primipare, 23 ans, entre en travail près du terme. Présentation du sommet et dégagement en occipito-pubienne. Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. Durée du travail 20 heures. Période d'expulsion 25 minutes.

L'enfant du sexe masculin pesant 2960 gr. présente *un arrêt de développement des doigts de la main* gauche, constitués par de petites saillies débordant de quelques millimètres la masse charnue représentant la main.

Il sort du service bien portant. Présentation du placenta par sa face fœtale, poids 540 grammes. Délivrance naturelle après 30 minutes. Suites de couches normales.

533. — Primipare 20 ans. Entre en travail à terme.

Présentation du sommet en gauche transversale.

Rupture des membranes artificielle à la dilatation comme 5 francs. Le travail dure environ 15 heures.

Durée de l'expulsion1 heure. L'enfant vivant pèse 2950 grammes ; il présente un *hypospadias* et sort bien portant.

Le placenta se présente par la face fœtale et pèse 570 grammes.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'accouchement. Suites de couches normales.

897. — Primipare, 21 ans. Entrée pendant le travail à peu près à terme.

O. I. G. T. Rupture des membranes prématurée.

Durée du travail 14 h. 35. Période d'expulsion a duré 35 minutes.

L'enfant vivant du sexe féminin pesant 3 kil. 50 présente une *absence congénitale de tous les doigts et une malformation de la main gauche* dues probablement à une bride amniotique. Il sort bien portant.

Présentation du placenta par la face fœtale. Poids 510 gr.

Délivrance naturelle 50 minutes après l'accouchement.

Suites de couches normales.

1157. — Secondipare, 20 ans. Entre pendant sa grossesse.

1er accouchement à terme (Forceps). Enfant vivant. Sexe masculin.

Présentation du sommet en droite transversale.

Durée du travail 8 h. 1/4. Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète. Application de forceps, les bruits du cœur étant ralentis. L'enfant du sexe masculin, extrait vivant, présente un *spina-bifida* opéré 40 jours après la naissance.

L'enfant meurt 7 jours après l'opération. Il pesait 3840 gr.

Présentation du placenta par la face fœtale. Délivrance spontanée 40 minutes après l'extraction.

Suites de couches normales.

1238. — Primipare, 28 ans. Entre en travail enceinte de 8 à 9 mois.

Présentation du sommet en gauche antérieure.

Rupture des membranes artificielle à la dilatation complète.

Durée du travail 20 h. 25. 40 minutes d'expulsion.

L'enfant vivant du sexe feminin pèse 2470 gr. *Présente un bec-de-lièvre avec fissure de la voûte palatine.* Elle sort vivante.

Présentation du placenta par la face fœtale. Poids du placenta 550 gr.

Délivrance naturelle 50 minutes. Suites de couches normales.

1313. — Primipare, entrée pendant la grossesse.

Accouchement à terme.

Présentation du siège, mode des fesses.

Rupture des membranes spontanée à la dilatation complète.

Durée du travail 7 h. 50. Extraction du fœtus ayant duré 20 minutes. Fille vivante pesant 3100 gr. présentant une série de malformations : *spina-bifida, pied bot varus, hydrocéphalie légère.*

Elle sort du service avec un état général mauvais.

Présentation du placenta par sa face fœtale.

Délivrance naturelle ayant durée 50 minutes.

Poids du placenta 500 gr.

Suites de couches normales.

IV. — **OPHTALMIES PURULENTES**

Ce tableau comprend tous les cas d'ophtalmie observés dans le service pendant l'année 1892 : il faut y ajouter les nos **148, 17, 1143, 1107, 395**, qui ont ont été déjà relevés dans cette statistique.

TABLEAU 22.

Nos	Parité	Présentation du sommet en	Durée du travail	Durée de l'expulsion	Poids de l'enfant	Début de l'ophtalmie	Uni ou bilatérale	État de l'enfant à la sortie	Suites de couches	Observations
489	VI	G.T.	1 h. 45	5 min.	1390 gr.	2e jour	Bilatérale	Guéri	Norm.	Syphilis. Cautérisations.
981	III	G.A.	4 h. 20	5 min.	1950	2e jour	Id.	Incomplètement guéri	Id.	Cautérisations.
1132	I	G.T.	9 h. 35	1 h. 20	3200	2e jour	Unilatérale	Guéri	Id.	Vaginite.
1165	I	G.A.	3 h. 50	20 min.	3750	6e jour	Bilatérale	Id.	Id.	Tuberculose. Cautérisations.
1318	I	D.P.	8 h. 40	1 h.	2410	2e jour	Id.	Sort incomplét. guéri	Id.	Lavages fréquents.
1349	I	D.A.	11 h. 15	15 min.	2620	2e jour	Unilatérale	Guéri	Id,	Cautérisations. Lavages.
1357	IV	G.A.	6 h. 30	10 min.	2730	2e jour	Bilatérale	Id.	Id.	Cautérisations. Lavages à l'eau phéniquée.
1359	I	G.A.	25 h. 5	4 h. 20	3340	2e jour	Id.	Id.	Id.	Cautérisations. Lavages.
1379	II	D.P.	12 h. 45	15 min.	3100	Œil d. 5e j. Œil g. 7e j.	Id.	Id.	Id.	Cautérisations au nitrate d'argent.
1399	I	D.P.	17 h. 20	3 h.	3410	2e jour	Id.	Id.	Id.	Lavages fréquents.
1404	II	D.P.	3 h.	5 min.	2310	2e jour	Id.	Id.	Id.	Cautérisations. Lavages à l'eau phéniquée.
1414	I	D.P.	22 h. 35	35 min.	3080	2e jour	Id.	Id.	Id.	Lavages fréquents. Cautérisations.
1459	I	G.A.	16 h. 30	10 min.	2820	2e jour	Unilatérale	Id.	Id.	Irrigations. Cautérisations au nitrate d'argen
1650	I	G.A.	21 h.	1 h. 50	2080	1er jour	Bilatérale	Non guéri	Id.	Lavages fréquents et cautérisations.
1695	I	G.A.	11 h. 50	1 h.	3270	7e jour	Unilatérale	Guéri	Id.	Cautérisations et lavages.
1724	I	D.A.	17 h.	45 min.	2940	3e jour	Bilatérale	Id.	Id.	Lavages fréquents à l'eau phéniquée.

CINQUIÈME PARTIE

MORTALITÉ MATERNELLE

1,834 femmes sont entrées dans le service : parmi les **1,791** femmes *accouchées* dans le service, *six* ont succombé. Leurs observations portent les nos **134, 544, 514, 769, 1228, 1310**. Pour avoir le chiffre de la mortalité totale du service, il faut ajouter deux femmes qui ont été amenées de la ville, ayant fait depuis plusieurs jours un avortement incomplet et présentant des accidents de septicémie qui ont nécessité une intervention immédiate (obs. **1033** et **1247**.

La mortalité totale a donc été de 0,49 0/0 pendant l'année 1892. La lecture des observations permet de voir qu'un certain nombre de femmes sont apportées de la ville dans un état plus ou moins grave ; on peut ranger ainsi les causes de la mort :

Par septicémie puerpérale à la suite d'avortements faits en ville (**519, 529**)....	2
Par septicémte puerpérale (**134, 544, 7**)..	2
Par accidents gravido-cardiaques (**514**)..	1
Par érysipèle infectieux de la face (**769**)..	1
Par rupture de l'utérus faite en ville (**1228**)..	1
Par fièvre typhoïde (**1310**)..	1

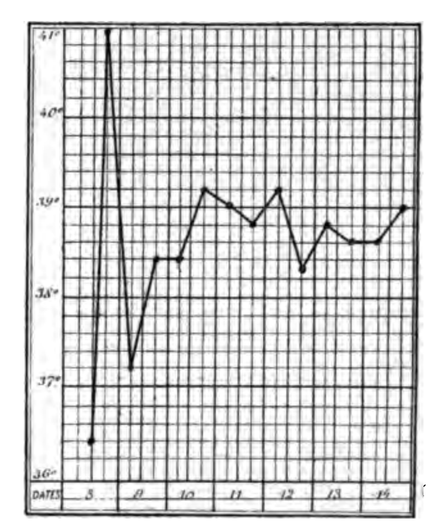
L'observation **769** pourrait à la rigueur n'être pas comprise dans les cas de septicémie puerpérale ; puisqu'elle n'a présenté aucune manifestation locale. En réalité il n'y a eu que deux femmes chez lesquelles la septicémie puerpérale d'origine utérine ait été mortelle. Cependant nous comprendrons les trois femmes **134, 544, 769**, comme mortes de septicémie puerpérale; de telle sorte que la mortalité par septicémie puerpérale contractée dans le service est de 0,11 0/0.

Voici résumées les 8 observations de femmes mortes pendant l'année 1892 :

1033. — Clémence B., 21 ans, domestique. Primipare. Entrée le 7 juillet 1892.

A marché à 2 ans. Réglée à 15 ans, régulièrement.

Fluxion de poitrine à 10 ans. Anémie à 17 ans.



Le 5 juillet à 1 h. matin, cette femme expulse chez elle un embryon de 3 mois. Il y a rétention du placenta. Pas d'hémorrhagie, mais bientôt des symptômes évidents de septicémie se manifestent.

Le 7 juillet, à 11 h. 40 soir, une sage-femme l'amène à la Clinique Baudelocque. Le placenta est toujours dans l'utérus. La femme a eu plusieurs frissons violents ; la température est de 40°. Immédiatement, on la soumet au sommeil chloroformique. L'examinant, on trouva le placenta en partie décollé, en partie adhérent sur la face antérieure de l'utérus. M. Lepage fait la délivrance artificielle.

Poids du placenta : 120 gr.

Aussitôt après la délivrance, frisson de 25 minutes après lequel la température est de 40°,1.

On administre 0,50 centigr. de sulfate de quinine et on soumet la femme à l'irrigation continue.

Le 10, ventre ballonné, très douloureux. Pas de frisson. 10 sangsues. Onguent mercuriel sur le ventre.

11. — Même état. Prostration complète.

12. — Dans la nuit, délire. Grande agitation.

13. — Éruption hydrargyrique généralisée. Diarrhée abondante.

14. — Depuis minuit : délire allant s'aggravant.

15. — Morte à 4 h. 1/2 du matin.

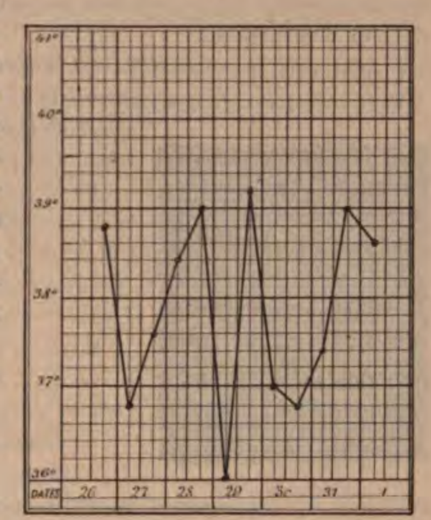
Dans sa thèse, Brion fait suivre cette observation des réflexions suivantes : « avortement fait en ville, touchers probablement malpropres, rétention placentaire, infection grave, que le curettage digital ni l'irrigation ne peuvent guérir. C'est un de ces cas désespérés où la mort est imputable à la généralisation de l'infection avant l'intervention ».

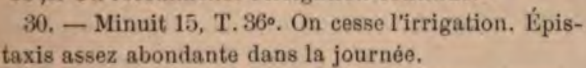
1247. — Marie M..., 23 ans. Ipare, entrée le 26 août 1892.

D. R. 25 au 28 mai. Perte de sang le 2 août qui a duré 2 jours. 23 août, à 2 h. du matin, expulsion de l'embryon et rétention du placenta. A partir de ce moment, frissons répétés, élévation de température. Tentatives d'extraction du placenta, en ville.

26 *août*. — 7 h. soir. On amène cette femme à la clinique, T. 38°,8. Une heure après, frisson violent.

9 h. soir. Anesthésie, M. Brion sous la direction de M. Varnier, pratique le curettage digital de l'utérus ; il introduit difficilement le doigt dans le col et parvient à décoller complètement le placenta, adhérent surtout à la paroi postérieure et latérale gauche de l'utérus. Placenta : 25 grammes. Grattage de la paroi interne de l'utérus à l'aide de la curette de Récamier. Injection intra-utérine avec solution phéniquée au 1/40, puis au biiodure. Bande de gaze iodoformée à demeure dans les cavités utérine et vaginale. Deux heures après l'intervention, irrigation pendant 5 heures. La température s'abaisse assez rapidement. 3 h. matin : 36°,2. 9 h. matin, T. remontée à 38°,6. On recommence l'irrigation continue.

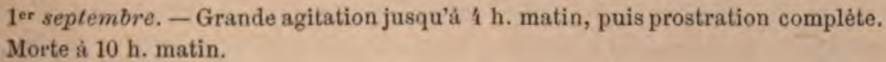




30. — Minuit 15, T. 36°. On cesse l'irrigation. Épistaxis assez abondante dans la journée.

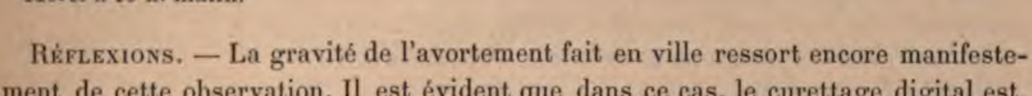
31. — Diarrhée abondante. Langue sèche. Bismuth. Sangsues. Glace. Oxygène.

8 h. soir. Cris continuels. Difficulté pour respirer. Oxygène.



1er *septembre*. — Grande agitation jusqu'à 4 h. matin, puis prostration complète.

Morte à 10 h. matin.



Réflexions. — La gravité de l'avortement fait en ville ressort encore manifestement de cette observation. Il est évident que dans ce cas, le curettage digital est, comme les autres procédés impuissant à arrêter la marche de l'infection généralisée. Le pronostic reste le même après l'intervention qu'avant, fatal.

134. — *Insertion vicieuse du placenta. Hémorrhagie grave. Rupture prématurée spontanée des membranes. Introduction du ballon Champetier de Ribes. Procidence du cordon. Enfant mort, irrigation continue. Mort de la femme, fibromes multiples.* — La nommée P..., entre le 31 janvier 1892, à 10 heures 1/4 matin, perdant du sang. Cette femme a déjà eu 6 accouchements : les 3 premiers

accouchements ont été normaux, la 4e grossesse s'est terminée par une présentation de l'épaule, l'enfant est mort au bout de 8 jours, la 5e grossesse s'est terminée par l'expulsion d'un enfant mort-né, 6e grossesse s'est terminée par un accouchement à terme, enfant mort-né.

Cette femme ne peut donner aucun renseignement sur la cause de la mort de ces derniers enfants.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu vers le 5 juin, les mouvements actifs ont été perçus à la fin de septembre.

A son entrée il est impossible de faire par le palper aucun diagnostic, l'utérus étant continuellement rétracté; l'auscultation est d'abord négative, mais en la pratiquant à plusieurs reprises on entend sourdement les bruits du cœur fœtal. Par le palper on constate des irrégularités dues à des fibromes du corps de l'utérus.

Au toucher le col est perméable, on sent à gauche du col le bord du placenta qui occupe le segment inférieur de ce côté, la partie fœtale est très élevée, il est cependant possible de reconnaître que c'est la tête.

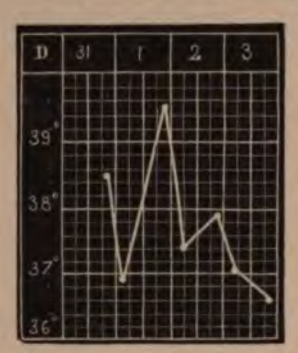
Cette femme raconte qu'elle a perdu les eaux à une heure du matin avec une certaine quantité de sang.

A 10 heures 1/4 matin, M. Varnier introduit un ballon Champetier en raison de l'abondance de l'hémorrhagie et de l'état général, les douleurs deviennent assez fréquentes, la femme ne perd plus de sang.

A midi 50 le ballon Champetier est expulsé : la tête s'engage derrière précédée du cordon; en raison du petit volume de la tête, on peut rétropulser le cordon au-dessus d'elle dans l'intervalle de deux contractions.

L'enfant, du sexe masculin, est immédiatement expulsé, mort : il pèse 2200 gr.

Le placenta se présente par un bord, la délivrance par extraction simple est faite 40' après l'accouchement, suivie d'une injection intra-utérine; le placenta pèse 410 gr. les membranes mesurent 0/45. Température S. 38°,4.



1er février. T. M. 37°. A 3 heures soir frisson, T. 39°,6 ; à 4 heures soir on soumet la femme à l'irrigation continue ; à 5 heures soir, T. 38°,2 ; à 5 heures 1/2 nouveau frisson, la température s'abaisse progressivement jusqu'à 11 heures soir, où elle descend à 36°, on cesse l'irrigation.

Le 2. T. M. 37°,4 ; T. S. 38° ; injection intra-utérine.

Le 3. T. M. 37° ; T. S. 36°,5 ; ventre ballonné, onguent napolitain sur le ventre, cataplasmes chauds, piqûres de morphine.

La femme meurt à 5 heures du soir, le 3 février.

Autopsie. — Utérus présentant plusieurs fibromes ramollis et putréfiés. Un gros comme un œuf de pigeon siège à la partie supérieure de l'utérus, un autre plus petit et plus bas, siège sur la face antérieure et à gauche.

544. — *Primipare. Accouchement spontané à terme en présentation du sommet. Septicémie puerpérale sans localisation. Irrigation continue. Mort.* — La nommée J. M..., primipare, âgée de 27 ans, entre à la clinique, le 20 avril 1892, à 11 heures matin.

Pas d'antécédents pathologiques.

Les dernières règles ont eu lieu le 12 juin 1891.

La grossesse a été normale. Présentation du sommet en position gauche, variété antérieure. Les premières douleurs apparaissent le 20 avril à 3 heures du matin.

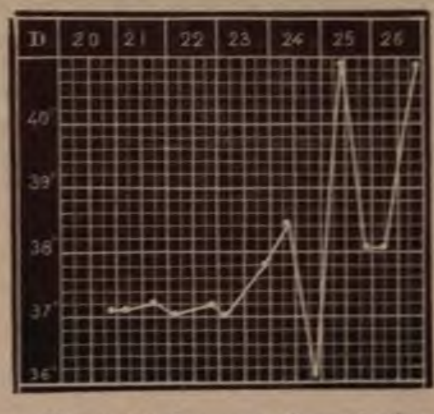
A son entrée l'orifice utérin est dilaté comme une pièce de 1 fr., membranes intactes. Enfant vivant.

La dilatation est complète le même jour à midi 5 ; à ce moment rupture artificielle des membranes : le liquide qui s'écoule est normal. L'expulsion du fœtus a lieu le 20 avril 1892 à 1 h. 30 soir.

Enfant vivant du poids de 2.760 gr. Déchirure légère du périnée (2 serres-fines). Expulsion spontanée du placenta et des membranes cinq minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta pèse 515 gr. Les membranes sont complètes et mesurent 26/10.

24 avril. T. M. 38°,6. Injection intra-utérine avec 4 litres de biiodure et 12 litres de naphtol; eau très sale.

Utérus complètement dévié à droite. 10 gr. 50 sulfate de quinine; frisson, vomissement après l'injection. A 1 h. soir on soumet la malade à l'irrigation continue, la température s'abaisse progressivement, elle est à 36°, à 8 h. du soir le même jour. Pouls 100, respiration 30. On cesse l'irrigation continue.

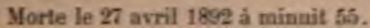


A minuit temp. 37°,2, la femme a dormi paisiblement pendant 1 h. 1/2.

Le 25. 7 h. matin, T. 38°,5 on remet la malade à l'irrigation continue; à 8 heures après un frisson la température monte à 41°.

Le 26. 10 h. soir. T. 39°,7, la malade est très agitée, voit tout tourner. 11 h. Frisson, vomissements. Délire.

11 h. 1/2 soir. T. 41°. Mouvements convulsifs, céphalalgie. La malade lutte pour se lever, crises intenses. Minuit 1/4. Dyspnée. 40 respirations par minute.



Morte le 27 avril 1892 à minuit 55.

Autopsie. — 32 h. après la mort. Aucune lésion macroscopique, sauf état poisseux et noirâtre du sang dont la matière colorante a imprégné l'endocarde et les parois des vaisseaux. Il y a déjà un début de putréfaction, car le sang qui s'écoule des veines du bassin, celui qui s'échappe du foie, de la rate par la pression, contient des bulles de gaz.

Utérus sain à la surface; on remarque seulement un très léger enduit puriforme à sa face postérieure. Sérosité louche dans le péritoine du petit bassin, environ 3 à 4 cuillerées à soupe; à la coupe de l'utérus, on ne trouve de pus en aucun point.

La cavité utérine contient un putrilage rougeâtre sans odeur, pas de lésion de la muqueuse, pas de déchirure de l'utérus, ovaires et trompes sains. Foie avec piquetés hémorrhagiques à la surface. Rate volumineuse, diffluente. Reins un peu gros, dilatation des bassinets et des calices. Poumons congestionnés, cœur flasque contenant un sang poisseux, endocarde rougeâtre. Pas d'endocardite.

514. — *Primipare. Albuminurie. Dypsnée. Accouchement provoqué. Délivrance artificielle. Mort.* — La nommée L. M..., primipare, âgée de 29 ans, entre le 12 avril à 10 heures du matin.

A l'âge de 10 ans, cette femme a eu une attaque de rhumatisme articulaire, elle en a eu à deux ou trois reprises depuis cette époque, mais n'a jamais été soignée pour une affection cardiaque.

Les dernières règles ont eu lieu du 1er au 5 août. Vers le 3e mois de sa grossesse cette femme souffrant de palpitations consulta un médecin qui lui prescrivit de la digitale; vers le 3e mois les jambes commencent à enfler, la malade continue à vaquer à ses occupations se plaignant cependant de crachements de sang et de suffocation.

Vers le 28 mars, elle fait appeler au milieu de la nuit le docteur Roux pour un accès de dyspnée très violent, accompagné de crachement de sang; le docteur Roux examine les urines, constate de l'albumine et conseille le régime lacté *qui n'est pas suivi.*

Le 11 avril, l'état général devenant de plus en plus mauvais, le Dr Roux envoie cette femme à la Clinique.

A son arrivée on constate un amaigrissement assez considérable, le teint est cireux, la dyspnée est intense; cette femme présente l'aspect d'une tuberculeuse avancée, l'auscultation du cœur est impossible en raison de l'asystolie. Il existe de l'œdème et de la congestion pulmonaire à la base des deux poumons, surtout du côté gauche. Infiltration œdémateuse considérable des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Albumine, 10 grammes par litre.

L'examen obstétrical est très difficile à pratiquer, la femme ne pouvant rester un seul instant, dans le décubitus dorsal sans étouffer, cependant le 13 avril à 5 h. du soir on peut constater une présentation du siège, les bruits du cœur sont nettement perçus.

La malade est gardée pendant 2 jours en observation et soumise au traitement (régime lacté), etc. Les symptômes inquiétants (accès de dyspnée, tendances syncopales, œdème des jambes et de la main gauche) vont en croissant. On décide le 4 avril, à 10 heures du matin, de provoquer l'accouchement; au moment de l'introduction du ballon Champetier, les membranes se rompent, le liquide amniotique est vert et épais. A 4 heures du soir, la mort paraît imminente; la suffocation est de plus en plus intense, la respiration n'est entretenue que par des inhalations d'oxygène. La dilatation n'est que de 2 fr. M. Varnier se décide alors à pratiquer la dilatation rapide : en ôtant et en remettant alternativement 100 gr. de liquide, la dilatation est complète à 4 heures 20. Immédiatement après l'expulsion du ballon suivi de l'issue du cordon sans battement, M. Varnier fait une version par manœuvres internes et extrait un enfant mort depuis quelques heures; fille de 1350 gr., présentant déjà quelques phlyctènes. La délivrance artificielle est faite immédiatement, le placenta extrait pèse 295 grammes. Il existe dans ce placenta des foyers hémorrhagiques anciens. La femme n'obtient un peu de soulagement et ne survit qu'en respirant une quantité considérable d'oxygène (500 litres dans l'après-midi du 14, et 600 litres dans la nuit et la matinée du 15 avril; dans la nuit 3 piqûres de 1/4 de centigr. de morphine).

Le 12. Ventouses, oxygène, 1/4 de piqûre de morphine. Albumine 10 grammes.

Le 14. Inhalations d'oxygène. Dans la nuit du 14 au 15, 3 piqûres de morphine de 1/4 de seringue.

T. M. 37°,2. S. 36°,8.

Le 15. Le matin, l'état s'est légèrement amélioré, pouls 136, respiration 48; la femme a uriné 250 grammes, on peut espacer davantage les inhalations d'oxygène. A 9 h. du matin chloral 2 gr., la malade boit un peu de lait.

A 2 heures soir, 150 grammes d'urine, temp. m. 37°,8.

7 heures soir, crise de dyspnée très intense, cris très forts poussés par la malade : on ne la calme qu'à l'aide d'une piqûre de morphine, l'état de la malade s'aggrave de plus en plus.

T. S., 38°,3. Morte le 16 avril à 3 heures soir.

AUTOPSIE, faite par M. Potocki.

Thorax. — Environ 300 gr. de sérosité dans la plèvre gauche, 200 gr. environ dans la plèvre droite; sommets adhérents, pas de tubercules, œdème pulmonaire, pneumonie à la période d'hépatisation rouge, occupant les 2/3 du lobe inférieur gauche. Poids, 1400 gr.

Cœur flasque, couleur feuille-morte. Dilatation du ventricule droit rempli par un caillot agonique. Orifice tricuspidien dilaté. Rétrécissement mitral. Cœur, poids 320 gr.

Abdomen. — Foie, gros, pâle, œdématié, 1340 gr. Rate petite, dure, 140 gr. Reins, petits, durs, capsules un peu adhérentes, décolorés. Poids des 2 reins 290 gr. Utérus normal. Vessie contient environ 500 gr. d'urine.

769. — *Accouchement normal spontané. Présentation du sommet. Irrigation continue. Érysipèle infectieux de la face. Mort de la femme le 8e jour. Mort de l'enfant le 7e jour d'érysipèle.* — La nommée A. L..., primipare, entre dans le service le 31 mai 1892, à 8 h. 40 soir.

Réglée pour la première fois à 13 ans ; menstruation irrégulière. Ses dernières règles ont eu lieu le 20 septembre ? 1891.

La grossesse a été normale, sauf quelques troubles du côté du système digestif pendant les 3 premières semaines.

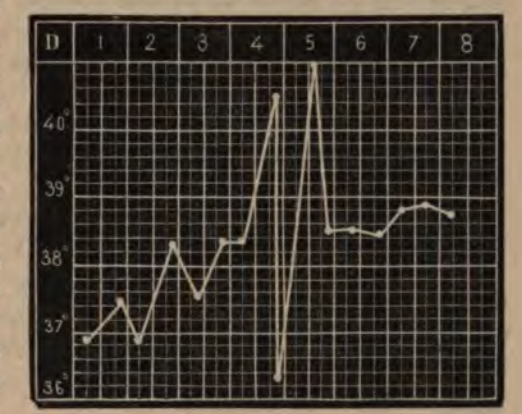
A son entrée à la Clinique, on remarque dans le nez de cette femme des croûtes qui saignent au moindre frottement. Le 5e jour on voit à cet endroit une rougeur intense et on fait le diagnostic d'érysipèle.

Au moment de l'entrée de cette femme dans le service le col n'est pas encore effacé, le fœtus est vivant et se présente par le sommet en gauche antérieure.

Pas d'albumine. La parturiente dit avoir perdu les eaux le 31 mai à 4 heures soir; la dilatation ne commence qu'à 11 heures soir, les membranes étant rompues; elle est complète le 1er juin à 4 heures soir ; à 4 heures 45 soir, la femme expulse un enfant vivant du sexe masculin pesant 2960 grammes.

Délivrance : Extraction simple à 5 heures 20 soir; le placenta pèse 600 gr. et présente un caillot volumineux, sur la face utérine, près du bord ; les membranes sont complètes, mesurent 6/25.

Le 1er juin la température est normale, le lendemain T. M. 36°,9 ; T. S. 38°,3; injection intra-utérine avec 4 litres de biiodure, 12 litres de naphtol, eau peu sale ; 0,50 centigr. de quinine.



Le 3. Temp. matin 37°,5, soir 38°,4; injection intra-utérine avec 4 litres de biiodure, 12 litres de naphtol ; eau peu sale, 0,50 centigr. de quinine.

Le 4. Temp. matin 38°,4. A 11 heures 1/2 matin, on met la femme à l'irrigation continue, la température s'abaisse progressivement jusqu'à 11 heures 1/2 soir, heure à laquelle la malade a 36°,2. On cesse l'irrigation.

Le 5, à 6 heures 1/2 matin, temp. 41°; on remet la femme à l'irrigation continue, la température reste élevée, on remarque une rougeur plus accusée du nez, on confirme le diagnostic d'érysipèle.

Le 6, la température reste très élevée malgré l'irrigation; à 10 heures 40 soir, vomissement, 100 pulsations par minute.

Le 8, à 11 heures matin, on cesse l'irrigation continue; sulfate de quinine 0 gr. 50. Dans la journée on remarque un œdème dur avec plaques rouges localisé aux 2 avant-bras et sur les mains.

8 juin matin. Délire. Morte le 8 juin à 11 heures 1/2 matin.

Enfant. — Il pèse 2960 gr. Le 7 juin au matin, la nourrice remarque un gonflement énorme de la main gauche qui se propage rapidement à l'avant-bras et au bras. On enveloppe le bras dans du coton boriqué. L'enfant tette, mais il a du muguet.

8 juin. L'enfant est mis à l'isolement; l'œdème se propage aux membres inférieurs et à la paroi abdominale.

9 juin. Mort à 4 heures soir.

1228. — *Femme amenée de la ville. Présentation de l'épaule gauche. Enfant putréfié. Rupture utérine. Embryotomie. Délivrance artificielle. Mort de la femme.* — La nommée G..., multipare, entre à la Clinique le 23 août à 5 h. 30 du soir; pas d'antécédents pathologiques. A eu ses dernières règles le 30 octobre 1891. Les sept grossesses antérieures ont été normales et les accouchements à terme.

Le 23 août, à 5 heures du soir, la nommée G... est amenée de Gentilly à la Clinique Baudelocque par un ancien élève du service. Cette femme est immédiatement transportée à l'isolement. T. : 38°,2.

En l'examinant, on remarque un aspect cyanosé, les lèvres violacées, marbrures sur tout le corps, principalement sur l'abdomen. Dyspnée intense. Pouls incomptable. Collapsus. L'utérus est tétanisé, les membranes rompues depuis 48 heures. Tympanite utérine. La main et l'avant-bras gauche du fœtus sont hors la vulve : le fœtus est putréfié. Des gaz et un liquide infects s'échappent par la vulve. Immédiatement, injection antiseptique : inhalations d'oxygène, piqûres d'éther.

Le médecin qui amène cette femme a été appelé près d'elle à 2 heures du soir, le 23 août par un confrère appelé lui-même par la sage-femme chargée de l'accouchement. Il a fait des tentatives infructueuses de version, après avoir, comme son confrère, tenté à plusieurs reprises d'appliquer le forceps sur ce qu'il croyait être le siège. Les membranes avaient du reste été rompues le 21 août avant le début du travail.

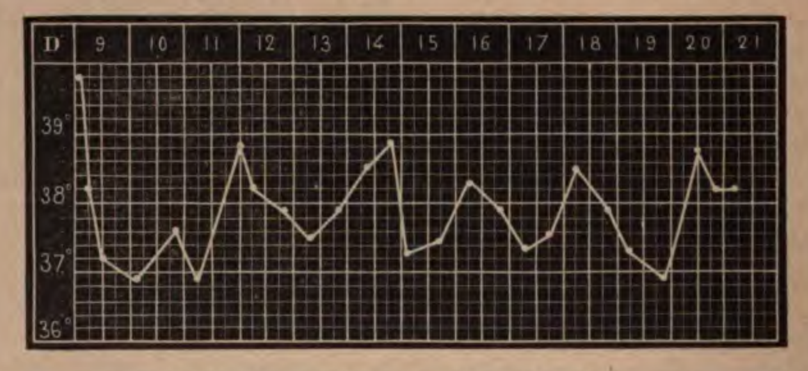
Depuis la veille, 22 août, une sage-femme était près de cette femme, mais on ne sait depuis quand l'enfant est mort.

On prévient M. Varnier qui pratique immédiatement l'embryotomie sans chloroforme, à l'aide de l'embryotome Ribemont. Introduction par la voie antérieure, crochet à gauche, placement facile sur le cou, totalement accessible. Sciage rapide. Embryotomie cervicale. Le tronc du fœtus a été assez facilement extrait. Il faut abaisser le bras supérieur, le bras procident augmenté de volume par la putréfaction, putréfié, se laissant arracher ; manœuvre de Champetier de Ribes ; à l'aide d'une pince à os appliquée sur le maxillaire inférieur, M. Varnier finit par extraire la tête du fœtus, laquelle est volumineuse. Pendant l'extraction du tronc, la vessie se vide : l'urine n'est pas sanguinolente.

L'enfant pèse 3,600 gr. M. Varnier veut immédiatement pratiquer la délivrance, mais il pénètre d'emblée dans la cavité abdominale et palpe à gauche l'intestin à nu. Retirant alors la main, il entre dans la cavité utérine où il décolle le placenta qui est putréfié. Il fait un lavage avec eau bouillie, et tamponnement vaginal avec gaze iodoformée. T. après l'accouchement = 37°,6. la mort est imminente. Piqûres d'éther, inhalations d'oxygène.

Autopsie, 36 heures après la mort. Pièces conservées au Musée pour l'étude de la rupture utérine.

1310. — *Secondipare. Fièvre typhoïde. Mort.* — La nommée E. B..., secondipare, arrivée à la Clinique le 8 septembre 1892, à 8 heures 45 du matin. La première grossesse a été normale et l'accouchement spontané (1891). Enfant vivant. Sommet. On constate qu'elle est en travail ; elle



a une dilatation comme 2 fr. L'enfant est vivant, se présente par le sommet en position gauche, variété antérieure. La peau est chaude, la face rouge et animée, le pouls fréquent. La malade

a depuis deux jours une diarrhée assez abondante, T. 39°,7 à 4 heures 30 minutes du soir. Elle est alors transportée à l'isolement (femme venue de l'asile Sainte-Magdeleine). L'examen des urines ne fait pas constater la présence d'albumine. Cette femme a eu ses dernières règles du 22 au 25 décembre 1891. La grossesse actuelle a été compliquée de diarrhée fréquente pendant tout son cours. Pas d'antécédents pathologiques. A été réglée à 12 ans, régulièrement.

La dilatation est complète à 5 heures 30 matin, 9 septembre. L'expulsion du fœtus a lieu 15 minutes après. Enfant vivant pèse 4430 gr. La délivrance a lieu à 6 h. 40 matin le 9 septembre. Le placenta pèse 780 gr. Les membranes sont complètes et mesurent 12/20.

Pendant son séjour à l'isolement, la diarrhée a toujours été abondante, persistante et fétide. Fièvre typhoïde. Morte le 21 septembre, à 2 heures soir.

Autopsie, le 22 septembre 1892.

Les poumons sont plein d'air et surnagent.

Le cœur gauche a des parois très épaisses, valvules altérées, le cœur droit est gros, plein de caillots et de sang.

Le foie est hypertrophié, congestionné ; vésicule biliaire pleine de calculs. La rate est hypertrophiée. Le rein droit est très gros, congestionné, décorticable.

Sur l'intestin ouvert dans toute sa longueur, on constata dans la moitié inférieure du petit intestin un grand nombre de plaques de Peyer dont les unes sont ulcérées. Le contenu de l'intestin est jaune, liquide et fétide.

L'utérus et les annexes gauches sont normaux, les annexes droites congestionnées.

TABLEAU 23.

Femmes	Primipares						Multipares					
	Nombre	Sorties vivantes	Mortes	Dont la température n'a pas dépassé 38°	a été de 38 à 39°	a dépassé 39°	Nombre	Sorties vivantes	Mortes	Dont la température n'a pas dépassé 38°	a été de 38 à 39°	a dépassé 39°
Avortements..............	12	10	2	6	—	6	31	31	—	23	3	5
Accouch. spont. par le sommet dans des bassins norm.	691	689	2	586	60	45	777	775	2	702	46	29
Acc. spont. par le sommet dans des rétréc. du bassin.	46	46	—	43	2	1	61	61	—	55	5	1
Présentations de la face....	2	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Présentations du siège.....	20	20	—	19	—	1	18	18	—	14	3	1
Présentations de l'épaule....	—	—	—	—	—	—	10	9	1	8	2	—
Forceps dans bassins norm.	34	34	—	27	3	4	7	7	—	5	2	—
Forceps dans bassins rétrécis.	13	13	—	9	3	1	6	6	—	6	—	—
Basiotripsies..............	5	5	—	4	1	—	2	2	—	—	2	—
Craniotomie..............	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Acc. prov. pour rétrécis. du bassin..................	2	2	—	2	—	—	1	1	—	—	1	—
Acc. prov. pour autre cause.	3	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Symphyséotomie..........	3	3	—	2	1	—	10	10	—	4	5	1
Ischio-pubiotomie..........	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—
Vers. par manœuvres internes (en dehors des prés. de l'épaule).................	—	—	—	—	—	—	5	5	—	5	—	—
Grossesse extra-utérine.....	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Grossesses gémellaires.....	10	10	—	8	2	—	10	10	—	7	3	—
Fœtus morts pendant la gross.	20	20	—	19	1	—	26	26	—	24	1	1
Monstruosités fœtales......	—	—	—	—	—	—	6	6	—	3	2	1
Totaux..............	863	858	5	732	73	58	971	968	3	856	76	39

TABLEAU 24.

Femmes	Fœtus nés de Primipares — Vivants à la naissance	Vivants à la sortie	Morts pendant la grossesse	Morts pendant le travail	Morts après la naissance	Fœtus nés de Multipares — Vivants à la naissance	Vivants à la sortie	Morts pendant la grossesse	Morts pendant le travail	Morts après la naissance
Avortements	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Accouch. spont. par le sommet dans des bassins normaux	689	677	—	2	12	775	754	—	2	21
Accouch. spont. par le sommet dans des bassins rétrécis	46	45	—	—	1	61	61	—	—	—
Présentations de la face	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
Présentations du siège	19	19	—	1	—	18	15	—	—	3
Présentations de l'épaule	—	—	—	—	—	2	2	—	8	—
Forceps dans bassins normaux	32	31	—	2	1	7	5	—	—	2
Forceps dans bassins rétrécis	12	10	—	1	2	5	5	—	1	—
Basiotripsies	—	—	1	4	—	—	—	—	2	—
Craniotomie	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Acc. prov. pour rétr. du bassin	2	1	—	—	1	1	1	—	—	—
Acc. prov. pour autre cause	2	1	—	1	1	—	—	—	—	—
Symphyséotomie	3	3	—	—	—	10	7	—	—	3
Ischio-pubiotomie	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Vers. par manœuvres int. (en dehors des prés. de l'épaule)	—	—	—	—	—	5	4	—	—	1
Grossesse extra-utérine	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Grossesses gémellaires	20	16	—	—	4	20	18	—	—	2
Fœtus morts pendant la gross.	—	—	20	—	—	—	—	26	—	—
Monstruosités	—	—	—	—	—	4	2	—	2	2
Totaux	827	805	22	12	22	909	875	26	15	34

RÉSUMÉ

Les deux tableaux 23 et 24 résument la statistique détaillée, c'est-à-dire les observations cataloguées suivant la méthode que nous avons adoptée. Ces tableaux n'indiquent donc pas d'une manière précise, le nombre d'applications de forceps, de versions par manœuvres internes, etc., qui ont été pratiquées dans le service; il faut pour cela, se reporter à chaque chapitre particulier et à la page 78 où se trouve une momenclature de toutes les opérations faites dans l'année.

Ces tableaux donnent la *morbidité* maternelle : il importe d'observer qu'il suffit d'*une seule* température dépassant 38° pour que la femme soit considérée comme ayant eu de la morbidité, quel que soit le nombre de jours qui s'est écoulé depuis l'accouchement et *quelle que soit la cause de cette ascension thermique.*

Il y a évidemment là une exagération que nous ferons disparaître dans les statistiques ultérieures; en effet, la plupart des femmes qui n'ont pas eu une température absolument normale, n'ont présenté qu'une seule élévation de T. en rapport avec une légère infection mammaire.

RÉSUMÉ DE LA STATISTIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

Depuis le 1er Janvier 1890 jusqu'au 1er Janvier 1893

ANNÉES	NOMBRE d'accouchements	NOMBRE total de décès	NOMBRE de décès par infection	MORTALITÉ P. 100 Totale	MORTALITÉ P. 100 Par infection puerpérale
1890	1244	9	4	0,72	0,32
1891	1654	20	4	1,20	0,24
1892	1834	8	3	0,49	0,11
Totaux.....	4732	37	11	0,68	0,22

STATISTIQUE DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE

Opérations pratiquées par le Dr Segond

Du 1er janvier 1892 au 1er janvier 1893, j'ai opéré 42 femmes dans le service de gynécologie du professeur Pinard. *Quatre sont mortes*. L'une était une malade atteinte de tumeurs végétantes malignes des deux ovaires, avec ascite énorme et péritonite cancéreuse généralisée. Je lui ai fait une laparotomie purement exploratrice le 27 juillet, et 48 heures après la malade est morte de péritonite. Deux autres atteintes de cancer du foie ont succombé à la cachexie cancéreuse après laparotomie exploratrice. Le quatrième décès est inscrit au tableau des hystérectomies vaginales.

Les 38 autres opérées ont guéri sans la moindre complication septique.

L'une de ces opérées, ayant été successivement laparotomisée le 17 août et hystérectomisée le 31 août, il en résulte que le chiffre de nos opérations se monte à 43.

Ces 41 interventions se répartissent de la manière suivante :

12 laparotomies, 11 guérisons, 1 mort.

1 laparotomie exploratrice pour péritonite cancéreuse .... 1 M.

1 laparotomie exploratrice pour fibromes de l'utérus et des ligaments larges, le ventre est refermé après vérification de ce diagnostic et réservé pour l'hystérectomie. 1 G.

1 laparatomie. Néphrotomie. Kyste suppuré du rein gauche descendant jusqu'à la fosse iliaque et contenant un volumineux calcul .... 1 G.

1 laparotomie. Kyste de l'utérus. Amputation supra-vaginale. Fixation externe du pédicule .... 1 G.

6 laparotomies. Quatre ovariotomies bilatérales et deux unilatérales pour de gros kystes ovariens .... 6 G.

1 laparotomie. Gros kyste ovarien gauche, torsion du pédicule. Opération faite en pleine péritonite aiguë .... 1 G.

1 laparotomie pour ablation d'un pyosalpinx unilatéral .... 1 G.

2 hystéropexies sus-pubiennes, 2 guérisons.

1 hystéropexie simple pour rétroversion adhérente sans lésion notable des annexes .... 1 G.

1 hystéropexie pour prolapsus utérin et rectocèle. Dans la même séance et successivement, curettage, colpopérinéorrhaphie et hystéropexie .... 1 G.

7 hystérectomies vaginales par morcellement, 6 guérisons, 1 mort.

1 hystérectomie chez une malade atteinte de gros fibromes interstitiels remontant jusqu'à l'ombilic. Laparotomisée 15 jours avant, elle avait en outre plusieurs masses fibreuses incluses dans les ligaments larges .... 1 G.

2 hystérectomies avec ablation incomplète des annexes chez deux femmes atteintes de suppuration pelvienne proprement dite .... 2 G.

2 hystérectomies avec ablation totale des annexes chez deux femmes atteintes de lésions annexiales bilatérales, inflammatoires très douloureuses et non suppurées...... 2 G.

1 hystérectomie pour un cancer du corps utérin compliqué de suppuration pelvienne. 1 G.

1 hystérectomie vaginale pour sarcome utérin compliqué de pelvipéritonite ; mort par péritonite .... 1 M.

1 cas d'hématocèle remontant jusqu'à l'ombilic et incisé simplement par le vagin, 1 guérison.

7 colpopérinéorrhaphies pour déchirures vulvaires anciennes compliquées de rectocèle, 7 guérisons.

6 curettages simples pour endométrites dont 2 hémorrhagiques et 4 purulentes, 6 guérisons.

3 curettages avec amputation du col pour endométrites, 3 guérisons.

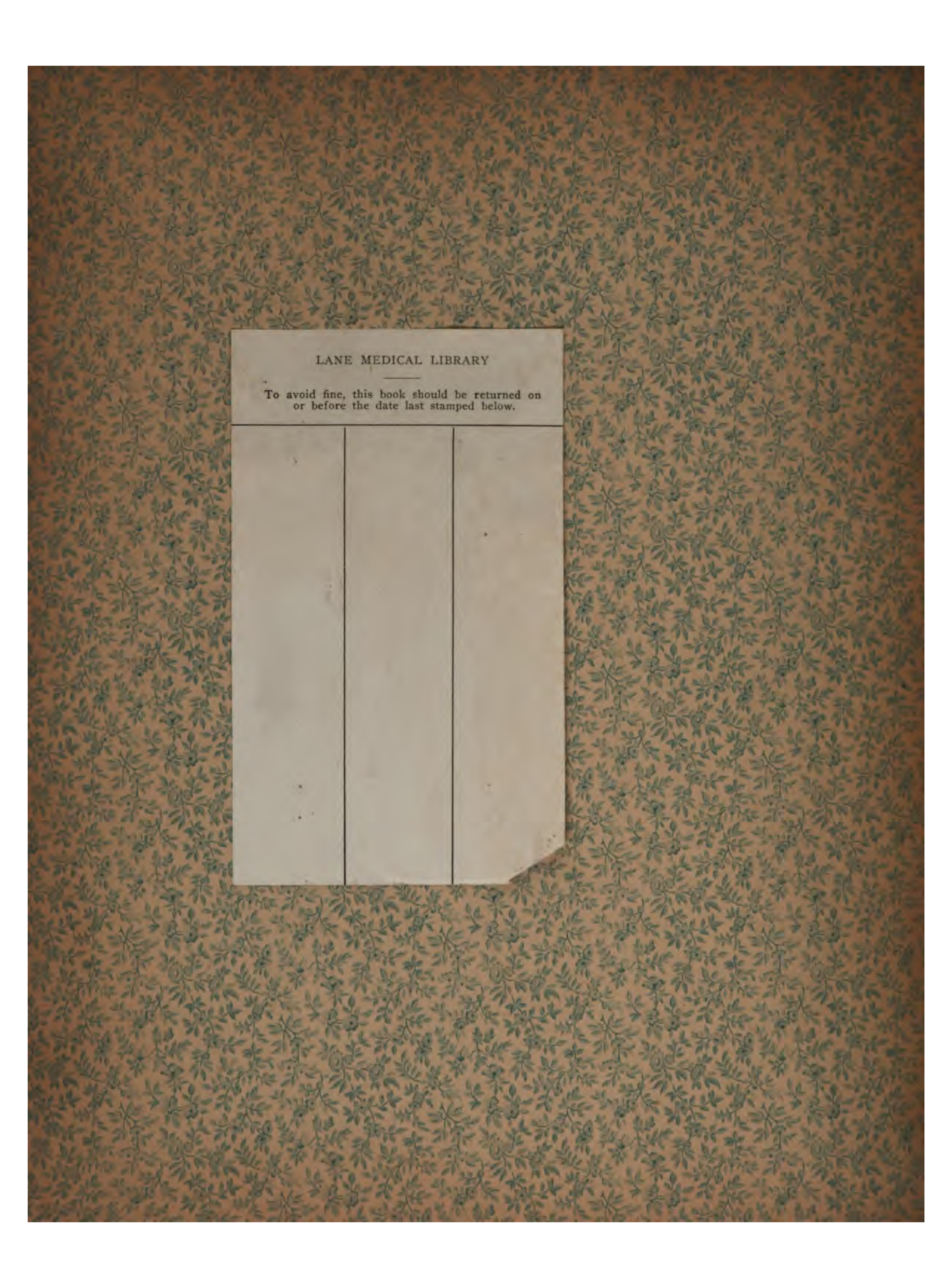
3 curettages pour cancers utérins inopérables, 3 améliorations.

HAVRE — IMPRIMERIE DU COMMERCE, 3, RUE DE LA BOURSE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE.









016
P2M2
1893
Paris. Maison d'ac-
couchements Baudelocque
Fonctionnement...
NAME
15852
DATE DUE

